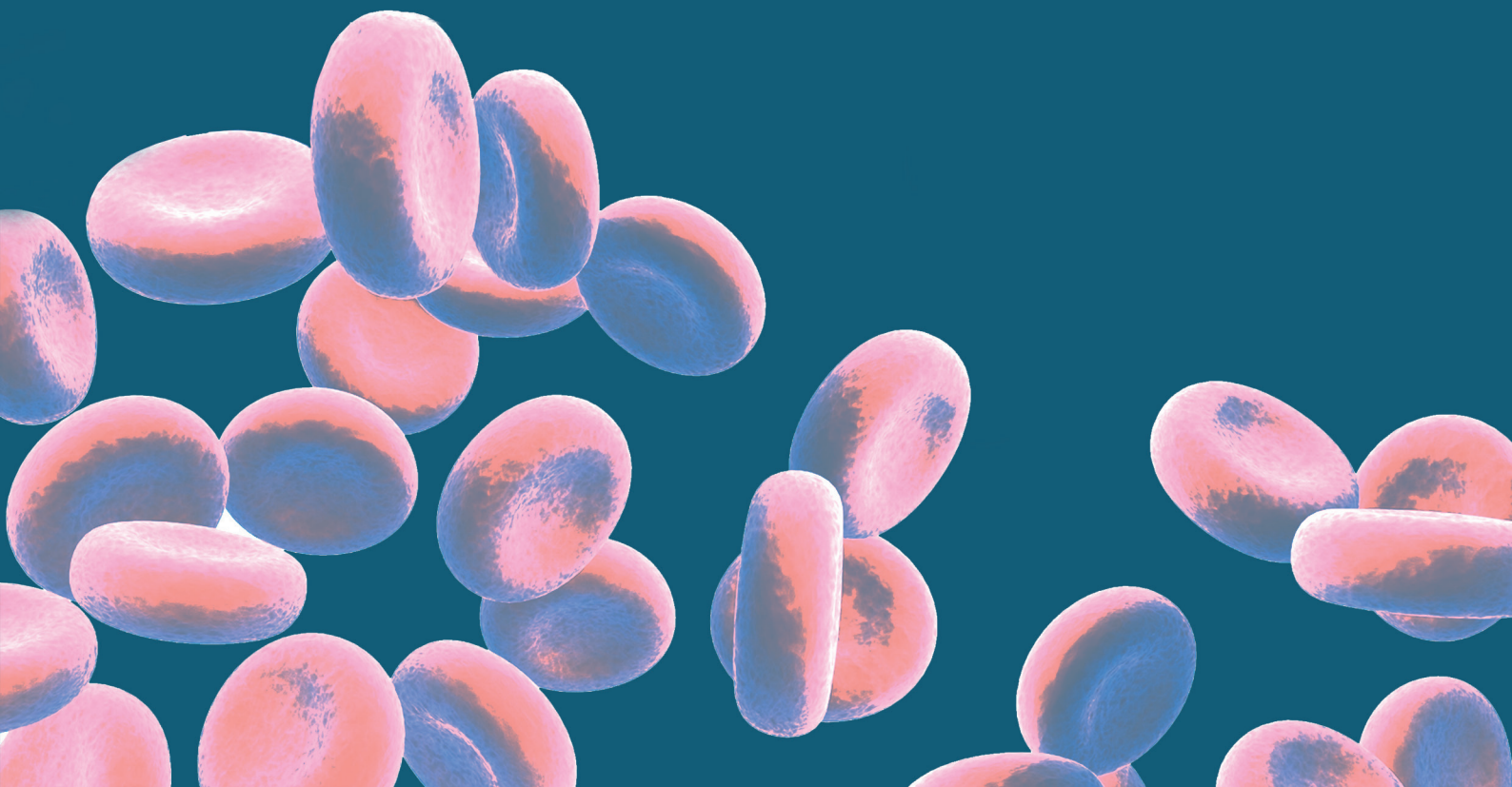
SATSE

Investigación en enfermería y fisioterapia. Experiencias prácticas a través de trabajos de investigación




SATSE

Investigación en enfermería y fisioterapia. Experiencias prácticas a través de trabajos de investigación

SATSE Ciudad Real

2019

Investigación en enfermería y fisioterapia.
Experiencias prácticas a través de trabajos de investigación

Coordinador principal: García Sánchez, Ángel Santiago.

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

1ª Edición

ISBN: 978-84-949197-6-3
D.L.: CR 1110-2019

@Todos los derechos reservados.

Autores

Abril Béjar, Juana
Acevedo Andújar, Desirée
Acosta López, Alexandra
Agudo Mosquera, Silvia Natalia
Alañón Barba, María del Pilar
Alañón Varón, Ana Blanca
Alcaraz García, Beatriz
Alcázar Panadero, Isabel
Alcázar Pérez, Alberto
Almarcha Lanzarote, Ángela
Almodóvar Mozos, Francisco
Alonso Diego, Isabel
Álvarez Asensio, Mª de las Nieves
Álvarez Lozano, Eva María
Álvarez Paniagua, Sonia
Amores Lizcano, Ester
Antequera Gil, Antonia
Aparicio Hernández, Cristina
Aragón Junquera, Celia
Arias del Campo, Leticia
Arias Jiménez, Nicanor
Arias López-Peláez, Víctor Manuel
Arranz García, Andrea
Arriaga Rodríguez, Ana María
Arroyo Ayllón, David
Ballester Lillo, Diana
Ballesteros Benito, María Isabel
Ballesteros Muñoz, Miriam
Baos Calzado, Rosa María
Barba Rodríguez, Felipe
Barranquero Rodriguez, Rocío
Barrios Rubio, Laura
Barón Almansa, Tamara
Bastante Díaz, María Carmen
Bastante Lozano, Monica
Bastante Villaseñor, Raquel
Becerra Cañas, Ana Victoria
Benítez Espinosa, Ana María
Bermejo Cruz, Sara
Blanco Palomo, Carlos Mariano
Blanco Pozo, Mª Isabel
Bonales Domínguez, María Pilar
Bonilla Bellón, María Caridad
Borrego Camejo, Zoina
Botia Portero, Antonio
Briñas García, Carmen
Bórnez García de la Plaza, Cristina
Cabañas Carretero, María del Mar
Cabañas Linares, Javier
Cabañas Molero, Ana María
Cabañero Luján, Remedios
Cabezali Lozano, Ana María
Cabezas Buitrago, Francisco Javier
Calatrava Muñoz, Rosa María
Camacho Dorado, Elena
Camacho Horta, María Dolores
Camacho Rodríguez, Irene
Camacho Sánchez, Ana María
Campos Pérez-Madrid, Evangelina
Campos Rodríguez de Guzmán, Héctor
Cano Chumillas, Nerea
Cano Rosado, Laura
Cantero Rivero, José Carlos
Cantero Rivero, Virginia
Carabaño Mayorga, Ángela
Caravaca Expósito, Noelia
Carpio Acedo, Elene
Carrasco Castellanos, Marta
Carrasco Murcia, María José
Carrero Ruiz, Carmen
Carretero Cortés, Irene
Carrillo Palomo, Concepción
Casado González, Almudena
Casero Peinado, Nuria Ester
Castellanos Cencerrado, Francisco Javier
Castellanos Moreno, Almudena
Castillo Carrión, Paula
Cañaveras Gavilán, Cristina
Cebrián Rivilla, María del Pilar
Cerro López, Tania
Cervantes Torres, Laura
Chacón González, Clara María
Chacón Chacón, Laura
Chaparro Galán, Miriam
Chaparro León, María
Chaves Ramos, Laura
Civera Miguel, Margarita
Cofrade Delgado, Virginia
Collada Fernández, Laura
Collado Lozano, Andrés
Contreras Cañas, María José

ISBN: 978-84-949197-6-3

Correal Puime, Julián
Corredor Rodenas, María Teresa
Cortecero Sanz, María Cristina
Cortina Nieto, Amelia
Cortés Pérez, Irene
Cortés Ramos, María Úrsula
Cotés Pérez, Irene
Couque Hernández, María del Pilar
Crespo González, Elena
Cruz Durán, Amparo
Cuadros Torres, María José
Cubero Luna, Ana María
Cubero Ruedas, Ana
Céspedes Valero, María Ester
Daimiel Lillo, Marta
Da Silva de Vicente, Gema Natalia
De Aguilar González, María José
De Haro Moya, Estela
De la Calle Serrano, Itziar
de la Morena Aguirre, Francisca
De la Peña Velando, Patricia
De la Torre Felguera, Inmaculada
Del Casar Martín, Laura
Delegido Gómez, Emilia
Delgado Muñoz, Ana María
del Olmo Montero, Oscar
Domínguez Martín, Ana Teresa
Domínguez Tapiador, Beatriz
Donate Manzanares, Cristina
Donoso Muñoz, Antonio
Díaz Barajas, Nuria
Díaz Gallego, César
Díaz López, Lucía
Díaz Patiño, Javier
Díaz Rincón, Laura María
Díaz Valero, Juan Diego
Díaz Vico, Ramona
Elvira Lillo, María Luisa
Elías Fernández Calvillo, Rosa
Escobar Sorando, Ana
Espadas Sánchez, María
Espinar Jiménez, Gloria
Espinosa Velasco, Verónica
Esquivel García, Julia
Extremera Medina, Carlos Joaquín
Fernández-Espartero Moreno-Chocano, María del Mar
Fernández-Infantes Díaz-Pinto, Cristina
Fernández-Infantes Rodríguez, Sara
Fernández-Sarabia, Laura
Fernández-Sarabia Pardo, Laura
Fernández Arcos, José Vicente
Fernández Barranco, Sara
Fernández Blanco, Purificación
Fernández Melero, Alicia
Fernández Padrón, Marcos
Fernández Rodríguez, María de las Nieves
Fernández Villa, Soraya
Forcada Soberino Gómez, María Rocío
Funez Ruiz, Eva María
Gallego Romero, Inmaculada
Gallego Tirado, Cristina
García-Cervigón Jaime, Miguela
García-Muñoz López-Menchero, Diana
García Ceballos, Macarena
García Domínguez, Pedro Javier
García Fernández, Mª del Carmen
García Gallego, Marta
García García, Ángel
García González de Huelva Manuel
García Landete, Marta
García Morales, Sandra
García Muñoz de Morales, Marta
García Muñoz López Menchero, Diana
García Navas, María
García Ruiz, Alba
García Seco, José Alberto
García Torres, Pedro
García Valenciano, Agustín
Garrido Anguita, Silvia
Garrido Avileo, Anastasio
Gavira Rodríguez, Nuria
Gijón Ruiz, María de Gracia
Gimenez de los Galanes Cejudo, Gema María
Gómez Caraballo Jimenez Galanes, Jesús Manuel
Gómez Gutiérrez, María José
Gómez Martín, Patricia
Gómez Rodrigo, Juan Ángel
Gómez Ruiz, Inmaculada
González Castro, Juan Pedro
González de Rivas, Mª del Carmen
González Gijon, Virginia
González Lara, Gema
González Redondo, María
González Rubio, Alicia
González Serrano, Juan Antonio
Granados Navas, Mª Paz
Gregorio Ropero, María Dolores
Guerrero Sola, Lorena
Gutierrez Pérez, Sagrario
Gutiérrez Castillejo, Mª Sagrario
Gutiérrez Delgado, Miguel Ángel
Gutiérrez Ramírez, Sofía
Guzmán Pecino, Verónica
Heredia Villareal, Mª del Carmen
Heredia Oliver, Elena
Hernández Arenas, Ángel José
Hernández Blasco, Elena
Hernández de Castro, Mª Cristina
Hidalgo Benitez, Beatriz
Hidalgo Vélez, Esther
Higueras Arévalo, Ana Belén
Honrado López-Menchero, Aurora
Infante Torres, Nuria
Jiménez García-Mancha, Francisco Javier
Jiménez Gordillo, María Dolores
Jiménez Hernández, Marta
Jiménez Serrano, Rebeca
Jurado Palomo, Alejandro
Jurado Zapata, Fátima
Labrandero Alcázar, María Dolores
Lacramioara Simón, Mirela
Laderas Díaz, Estíbaliz
Laguna Sánchez, María Aránzazu

Lara Lozano, Elena
Larrondo Velasco, Kimberley
Lavín Expósito, Cristina
Ledesma Gomez, Jesús
León Campillo, Lorena
León Campillo, Sandra
León Carrasco, Marina
León Guerrero, Israel José
León Moraleda, María Isabel
León Pavón, Arancha
León Romero, María Jesús
Loro Rodríguez, Miguel
Lozano Díaz, Ana Isabel
Lozano Jiménez, Sandra
Lozano Miñano, Beatriz
Lucas Caballero, Marina
Luna Madrid, Enrique
López-Mota García-Muñoz, Mª Ascensión
López Castellano, Álvaro
López de Mota de la Morena, Carmen María
López Fernández, Raquel
López Fernández-Cañadas Virginia María
López García, María Paz
López García, Mª Dolores
López Gil, María del Pilar
López Juárez, Mª Pilar
López Pizarro, María del Pilar
López Ramírez, María Dolores
López Rivas, Sergio
López Rodríguez, Rocío
López Ruiz, Cecilia María
López Santos, Celia
López Sánchez, Ana Belén
Madrid Franco, Marina
Madrid Franco, Pablo Jesús
Madueño Moreno, José Luis
Madueño Moreno, Silvia
Magarzo Ballesteros, Mª José
Maján Sesmero, Antonio
Mansilla Flores, María Gema
Martín-Doimeadios Trujillo, Luis
Martín-Portugués Mendoza, Alba
Martín-Portugués Muñiz, Jorge
Martín-Pérez Cidoncha, Laura
Martín Arevalo, María del Prado
Martín Díaz, Ana
Martínez Arana, Diego
Martínez Arana, Marta
Martínez Castillo, José David
Martínez Gomez, José Luis
Martínez Morago, Mª del Rosario
Martínez Pérez, Carmen
Martínez Sánchez, Mª del Carmen
Martín Millán, María Belén
Martín Sancho, Juncal
Martos Sánchez, Almudena
Mazuecos Araque, María del Pilar
Medina Armenteros, María del Mar
Megía Castro, María Isabel
Merlo Ormeño, Alicia
Molina Moreno, Aurora
Molina Romero, Pedro
Molina Torrecillas, Inmaculada
Montes Mansilla, Marta
Montroy Chamorro, Ana Isabel
Monzón Ferrer, Adrián
Mora Golderos, Gema
Mora Hidalgo, María Reyes
Morales Martín, Ángela
Mora Mora, María Yolanda
Mora Muñoz, Eduardo
Moreno-Chocano López-Astilleros, Teresa
Moreno Bolívar, Mª Gumersinda
Moreno Cortés, Juan José
Moreno Delgado, Tania
Moreno Durán, Irene
Moreno Pérez, Helena
Moreno Quesada, María Esther
Moreno Rodríguez, María Esther
Moreno Ruiz, Alicia
Moreno Sánchez, María Ángeles
Moreno Sánchez, Rocío
Moreno Trenado, Vanessa
Morote Cumplido, Elena
Moscoso Delgado, Cristina
Moya García, Milagros
Musa Alí, Bohavid
Muñoz-Torrero Peña, Alicia
Muñoz Camargo, Juan Carlos
Muñoz Carrión, Silvia
Muñoz Correas, Ana Belén
Muñoz de la Nava Zamorano, Concepción
Muñoz de Morales Ortiz, Ana María
Muñoz Naranjo, Cristina
Muñoz Pinilla, Julia
Muñoz Poblete, César Nicolás
Muñoz Rodríguez, Ana
Muñoz Romera, Silvia
Márquez Arriaga, Vanesa
Naranjo Fernández, Jacinta
Navarro Aranda, Elisabet
Navarro Díez, Macarena
Navarro Serrano, Lucía
Nieto Aparicio, Saúl
Nieto Díaz, Rut
Nieto Villaseñor, Sara
Nieves Barea, Ana
Notario Galán, Cristina María
Nuñez Cabanillas, Mª del Carmen
Nuñez Delgado, Cristina
Nuñez Mújica, Ana
Núñez-Barranco García, Gema
Núñez Jiménez, María Pilar
Núñez Sánchez- Migallón, Ana Belén
Ocaña García-Abadillo, Mª Carmen
Octavio Sánchez, Ana Belén
Olmo Trujillo, Coral
Ordóñez Urbano, Mª del Carmen
Ormeño Romero, Ricardo
Ortega Mora, Andrés
Ortiz Esquinas, Inmaculada
Pacheco Salgado, José Miguel
Padilla Araque, Isabel
Palacios Candelas, Rosa María
Palencia Guerrero, María Teresa

ISBN: 978-84-949197-6-3

Panea Pizarro, Isabel
Paulero López, Noelia
Peralbo Aparicio, Ana
Perea Espinosa, Francisco
Perez Fernández, María Dolores
Perez García, Fani Yaqueli
Perez Torija, María Ángela
Pineda Cantero, María José
Pinilla González-Gallego, Sagrario
Piqueras Crespo, Lourdes
Plaza Campos, Beatriz
Polo Camacho, Jesús Antonio
Ponce Cañizares, Elisabet
Porras Sánchez-Escribano, Cristina
Poyatos Ruiz, María Dolores
Pozo Sánchez-Archidona, Miriam
Puebla Martín, Amadeo
Puñal Ortega, Eva
Pérez Gijón, Alberto José
Pérez Ruiz, Borja Eugenio
Pérez Torija, María Ángela
Rabadán Arévalo, Marta
Ramiro Montilla, Pilar
Ramíres Velasco, Mªde los Ángeles
Ramírez de Orol, Miguel Ángel
Ramos Díaz-Pabón, Ana
Risalde Santos, Blas Manuel
Risquez Mateos, Roberto
Rivero García, Ana
Rivero González, Ana
Rivero Merino, Irene
Rodrigo García, Rosa María
Rodrigo Martín, Sonia
Rodrigo Marín, Esther María
Rodríguez Almagro, David
Rodríguez Escudero, Cristina
Rodríguez González, Mª Francisca
Rodríguez Jiménez, Patricia
Rodríguez Lillo, María del Carmen
Rodríguez López, Elena
Rodríguez López, María Luisa
Rodríguez López, Rosa María
Rodríguez Martín, Lorenzo Javier
Rodríguez Medina, Leticia María
Rodríguez Pérez, Manuel
Rodríguez Romero, Victoria
Rojas Rodríguez, Miriam
Romero Ruiz, Ana
Román Alcántara, Moisés
Rubio Caravaca, Herminia
Rubio García, María Nuria
Rubio Ocaña, Sergio
Rubio Serrano, María Pilar
Ruiz Céspedes, María José
Ruiz de Lara Marín, Mª Ángeles
Ruiz García, Carmen
Ruiz García, Jacinto
Ruiz García, María del Pilar
Ruiz González, Flor María
Ruiz Gómez-Pimpollo, Marta
Ruiz López, María de las Nieves
Ruiz López, María Nieves
Ruiz Mazoteras, Jorge Luis
Ruiz Mazoteras, Salvador
Ruiz Mendoza, Esperanza
Ruiz Peinado, Luis Miguel
Ruiz Serrano, Jesús Javier
Ruiz Torija, Laura
Rullo Sánchez, Ana María
Ruiz Céspedes, María José
Sáez Cuesta, Teresa
Salas Moreno, María Jesús
Samperio Montejano, Aurora
Santiago Galindo, Cristina
Sanz Estudillo, Francisca
Saucedo García, María Estrella
Seco Segura, Ángela María
Simon, Mirela Lacramioara
Simón Sierra, Juan José
Sobrino Lorente, María del Pilar
Sobrino Sobrino, Ángeles
Solís Montes, José Enrique
Solís Montes, Paloma
Solís Sanz, María Mercedes
Soriano García, Francisca
Soriano Ramos, Irene
Soriano Ramos, Marta
Sáez Cuesta, Teresa
Sánchez-Camacho González-Carrato, María José
Sánchez-Gil Izquierdo, Irene
Sánchez-Izquierdo Castellanos, Sonia
Sánchez-Valdepeñas Villafuerte, Mª Trinidad
Sánchez Díaz, María Cristina
Sánchez Escudero, Elia
Sánchez Fernández, Rosa María
Sánchez Fuentes, Alicia
Sánchez González, Irene
Sánchez Gómez, Rocío
Sánchez Hermoso, Lorena
Sánchez Puertas, Laura
Sánchez Puertas, María
Sánchez Quiles, María Pilar
Sánchez Vázquez, Virginia
Serrano Barona, David
Tabasco Ceca, Milagros
Talavera García, Irene
Talavera Gijón, Estíbaliz
Tejado Moral, María
Tello Naharro, Vanesa
Terriza Cabrera, Nuria María
Terán Boabén, Marta
Toledo González, María Beatriz
Torres Gallego-Casilda, Consolación
Torres Rodríguez, Manuela
Triguero Bocharán, María Teresa
Valencia del Campo, Mª del Carmen
Valiente Sobrino, Liliana
Vargas Muñoz, Noelia
Velasco Friginal, Florencia
Velázquez Peña, Manuel Jesús
Vidal Arenas, Mónica
Viedma Moreno, Isabel
Villalobos Martín-Moreno, Ana Belén
Villanueva Moraga, Begoña
Villanueva Rodrigo, Tamara
Villaseñor Martín-Portugués, Cristina
Villate Pardo, Mirian
Vivar López- Bueno, Silvia
Vázquez Rodríguez-Barbero, Inmaculada
Vélez Ayuso, Victoria
Zarca Cano, María

Índice

Capítulo 1
¿Cesárea durante la dilatación o durante el expulsivo? Riesgo de aparición de complicaciones intraoperatorias 23
Infante Torres, Nuria

Capítulo 2
¿Es el Alemtuzumab un medicamento peligroso? 27
León Campillo, Lorena; Donoso Muñoz, Antonio; León Campillo, Sandra

Capítulo 3
¿Las vacunas provocan autismo?. 33
Villalobos Martín-Moreno, Ana Belén; León Romero, Maria Jesús; Hidalgo Benitez, Beatriz; Carrasco Murcia, María José: Sánchez Hermoso, Lorena; León Carrasco, Marina

Capítulo 4
¿Puede enfermería favorecer el inicio de la lactancia materna?. 37
Bermejo Cruz, Sara

Capítulo 5
¿Qué conocen los universitarios sobre los métodos anticonceptivos?. 41
Montes Mansilla, Marta; Plaza Campos, Beatriz; Velázquez Peña, Manuel Jesús

Capítulo 6
¿Qué sabemos sobre la farmacogenética?. 45
Terán Boaben, Marta; Rivero Merino, Irene; Terriza Cabrera, Nuria María

Capítulo 7
¿Son realmente eficaces los DEA localizados en lugares públicos y están correctamente colocados?. 51
González Serrano, Juan Antonio; García Valenciano, Agustín: De Aguilar González, María José

Capítulo 8
¿Uso de agua oxigenada si o no en úlceras/heridas crónicas?. 57
García- Muñoz López- Menchero, Diana; Lara Lozano, Elena: Moreno Delgado, Tania: Piqueras Crespo, Lourdes; Núñez Sánchez- Migallón, Ana Belén

Capítulo 9
Abordaje de enfermería ante el dolor dental en Urgencias. 61
Rullo Sánchez, Ana María; Botia Portero, Antonio

Capítulo 10
Abordaje y prevención sobre el estudio de los reingresos hospitalarios del paciente crónico adulto y geriátrico. 67
Botia Portero, Antonio; Rullo Sánchez, Ana María

Capítulo 11
Accidentes deportivos en un hospital comarcal. 71
Extremera Medina, Carlos Joaquín; Muñoz de la Nava Zamorano, Concepción

Capítulo 12
Ácido hialurónico intravesical en cistitis intersticial. 75
Aparicio Hernández, Cristina; Notario Galán, Cristina María; Morote Cumplido, Elena; Calatrava Muñoz, Rosa María; Mora Hidalgo, María Reyes

ISBN: 978-84-949197-6-3

Capítulo 13
Actitud ante el parto a término en presentación podálica. 79
Muñoz Naranjo, Cristina; Tabasco Ceca, Milagros: Borrego Camejo, Zoina
Capítulo 14
Actividad física en la infancia y la adolescencia. 85
García Landete, Marta; Martínez Arana, Marta; Rodríguez López, María Luisa; Martínez Arana, Diego
Capítulo 15
Actuación de enfermería al paciente politraumatizado en urgencias extrahospitalarias. 89
Díaz Rincón, Laura María; Ruiz López, María de las Nieves; Álvarez Asensio, María de las Nieves
Capítulo 16
Actuación enfermera en la neuroprotección con hipotermia activa. 95
Hernández Blasco, Elena; Antequera Gil, Antonia
Capítulo 17
Adicción a las redes sociales. 99
Gutiérrez Ramírez, Sofía; Ramíres Velasco, María de los Ángeles; Laguna Sánchez, María Aránzazu; Carrillo Palomo, Concepción
Capítulo 18
Administración de inhaladores presurizados con cámara inhalatoria. 105
Saucedo García, María Estrella; Rodríguez López, Rosa María; Bastante Villaseñor, Raquel
Capítulo 19
Administración de medicación en una UCI. Errores y posibles mejoras. 109
Ramos Díaz-Pabón, Ana; Toledo González, María Beatriz; Domínguez Tapiador, Beatriz; de la Peña Velando, Patricia; Morales Martín, Ángela; Musa Alí, Bohavid
Capítulo 20
Administración de surfactante a través de catéter LISA, a propósito de un caso. 115
García Muñoz de Morales, Marta; Sobrino Sobrino, Ángeles; Muñoz de Morales Ortiz, Ana María
Capítulo 21
Agitación del paciente geriátrico durante el ingreso hospitalario. 119
Díaz Valero, Juan Diego; González de Rivas, María del Carmen; Baos Calzado, Rosa María
Capítulo 22
Alimentación vegana en la infancia. 123
López Rodríguez, Rocío; González Rubio, Alicia; Saez Cuesta, Teresa; Blanco Pozo, Mª Isabel; Ruiz de Lara Marín Mª Ángeles; Martín Sancho, Juncal
Capítulo 23
Análisis cuantitativo del número de pacientes atendidos en las consultas externas de enfermería durante 2018 en la especialidad de salud mental y psiquiatría. 127
Ruiz Céspedes, María José; Martos Sánchez, Almudena
Capítulo 24
Análisis cuantitativo del número de pacientes atendidos en las consultas externas de enfermería durante 2018 en todas las especialidades médicas. 131
Martos Sánchez, Almudena; Panea Pizarro, Isabel; Ruiz Céspedes, María José
Capítulo 25
Análisis de las técnicas enfermeras en el cuidado de heridas. 135
Ramiro Montilla, Pilar; Pineda Cantero, Mª José; Amores Lizcano, Ester; Camacho Horta, Mª Dolores
Capítulo 26
Análisis de los conocimientos sobre contenciones mecánicas de los fisioterapeutas. 141
Bastante Lozano, Mónica; Cabañero Luján, Remedios; Sánchez González, Irene
Capítulo 27
Análisis del uso de permisos para la conciliación de la vida laboral y familiar por los profesionales de enfermería en relación al tipo de turnicidad en la que trabajan. 145
Terriza Cabrera, Nuria; Collada Fernández, Laura; Monzón Ferrer, Adrián; Díaz Barajas, Nuria
Capítulo 28
Antidepresivos y riesgo de caídas en ancianos. 149
Gómez Caraballo Jiménez Galanes, Jesús Manuel
Capítulo 29
Atención de enfermería ante los abusos en las PCDI. Unidad de prevención y atención a victimas con DI (UAVDI). 153
Camacho Sánchez, Ana María; Sánchez Gómez, Rocío; Palacios Candelas, Rosa María

Capítulo 30
Atención de enfermería en el paciente intervenido de desprendimiento de retina regmatógeno. 159
Álvarez Asensio, María Nieves; Ruiz López, María Nieves; Díaz Rincón, Laura María
Capítulo 31
Avances en tratamiento de heridas crónicas. Plasma rico en plaquetas. 165
Molina Torrecillas, Inmaculada; Vivar Lopez Bueno, Silvia: Mazuecos Araque, María del Pilar
Capítulo 32
Avanzando en el conocimiento del protocolo de inmovilizacion terapéutica. 171
Lucas Caballero, Marina; Laderas Diaz, Estíbaliz; Rodríguez Almagro, David; Jurado Zapata, Fátima; Acevedo Andújar, Desirée
Capítulo 33
Baño envuelto 175
Cabezali Lozano, Ana María; Torres Gallego-Casilda, Consolación; Rubio Ocaña, Sergio; García-Carvigón Jaime Miguela; Núñez Múgica, Ana; Muñoz Correas, Ana Belén
Capítulo 34
Beneficia a los familiares la institucionalización de las personas mayores. 179
Gregorio Ropero, María Dolores; Jiménez Serrano, Rebeca; Rodríguez López, María Luisa; Cabañas Linares, Javier
Capítulo 35
Beneficio del método canguro en el recién nacido prematuro en la unidad neonatal. 183
Muñoz Rodríguez, Ana; Rojas Rodríguez, Miriam; Díaz Gallego, César; López Ruiz, Cecilia María; Moreno Quesada, María Esther; Rodríguez Jimenez, Patricia
Capítulo 36
Beneficios de la lactancia materna 189
Bermejo Cruz, Sara
Capítulo 37
Beneficios del vendaje neuromuscular en parálisis cerebral infantil desde la fisioterapia. 193
Acosta López, Alexandra; Simón Sierra, Juan José; Cortés Pérez, Irene
Capítulo 38
Berlin Heart, un puente hacia el trasplante: a propósito de un caso 197
Chacón Chacón, Laura; Garrido Anguita, Silvia; Carrero Ruiz, Carmen; Cubero Luna, Ana María
Capítulo 39
Bilirrubinómetro vs extracción sanguínea. 203
Giménez de los Galanes Cejudo, Gema María; Pacheco Salgado, José Miguel; Gutiérrez Castillejo, Mª Sagrario; Navarro Serrano, Lucía
Capítulo 40
Bronquiolitis en el lactante. A propósito de un caso clínico 207
Moreno Sánchez, Rocío; Martínez Castillo, José David; Moreno Sánchez, María Ángeles
Capítulo 41
Caídas en personas mayores. Caso clínico 213
Fernández-Sarabia Pardo, Laura; Guzmán Pecino, Verónica; Lozano Jiménez, Sandra; Palencia Guerrero, María Teresa
Capítulo 42
Calidad del sueño en la población castellanomanchega. 219
González Castro, Juan Pedro; Jurado Zapata, Fátima; Lucas Caballero, Marina; Laderas Díaz, Estíbaliz; Acevedo Andújar, Desirée: Amores Lizcano, Ester
Capítulo 43
Carcinoma basocelular. 223
López Ramírez, María Dolores
Capítulo 44
Carcinoma epidermoide. 227
De Haro Moya, Estela; Casado González, Almudena; López Rivas, Sergio; Ortega Mora, Andrés; García González de Huelva Manuel; Gómez Rodrigo, Juan Ángel
Capítulo 45
Caso clínico: Terapia HIFU. 231
Sáez Cuesta, Teresa; Pinilla González-Gallego, Sagrario; Blanco Pozo, Isabel; López Rodríguez, Rocío; Sánchez Fernández, Rosa María; Alonso Diego, Isabel
Capítulo 46
Caso clínico. Anomalías placentarias en parto gemelar. 235
Carabaño Mayorga, Ángela

ISBN: 978-84-949197-6-3

Capítulo 47
Caso clínico. Enfermedad de Kawasaki en menor de dos años..... .239
Ponce Cañizares, Elisabet; Muñoz Pinilla, Julia
Capítulo 48
Caso clínico. Fractura del húmero próximal y tratamiento con osteosíntesis..... 245
Vidal Arenas, Mónica; Camacho Rodríguez, Irene; Rodríguez Lillo, María del Carmen
Capítulo 49
Caso clínico. Hematoma postquirúrgico en reconstrucción diferida de mama..... 251
Jiménez Hernández, Marta
Capítulo 50
Caso clínico. Paciente con cirrosis heática enólica, en situación de fallo heático agudo sobre crónico con ingreso en digestivo. 257
Valencia del Campo, Mª del Carmen
Capítulo 51
Caso clínico. Paciente con hepatitis B crónica. 263
Ruiz García, María del Pilar; Ruiz García, Carmen
Capítulo 52
Caso clínico. Paciente con lesión ocupante de espacio (LOE) intracraneal parieto-occipital en estudio e ingreso en Neurología. 269
Valencia del Campo, María del Carmen
Capítulo 53
Caso clínico. Utilización de terapia VAC en paciente parapléjico con UPP isquiática. 273
Cubero Ruedas, Ana; Moreno Ruiz, Alicia; Martín Arévalo, Mª Prado; Agudo Mosquera, Silvia Natalia; Sanz Estudillo, Francisca
Capítulo 54
Caso clínico: Paciente con acalasia sometida a miotomía peroscópica peroral (POEM)..... 277
Granados Navas, Mª Paz; Arroyo Ayllón, David
Capítulo 55
Caso clínico: Paciente con toxicodermia generalizada. 283
Ruiz de Lara Marín, Mª Ángeles; Martín Sancho, Juncal; González Rubio, Alicia; Blanco Pozo, Mª Isabel; Pinilla González-Gallego, Sagrario; Sánchez Fernández, Rosa María
Capítulo 56
Caso clínico: Paciente portadora de port a cath..... 287
Ruiz García, Carmen; Ruiz García, María del Pilar
Capítulo 57
Caso clínico: Prevención y detención de úlcera por presión. 293
Fernández Rodríguez, María de las Nieves
Capítulo 58
Caso clínico: Seguimiento y cuidados de enfermería en paciente con enfermedad de Crohn. 297
Mazuecos Araque, María del Pilar; Molina Torrecillas, Inmaculada; Vivar López- Bueno, Silvia
Capítulo 59
Caso clínico: Sistema PICCO tras escurotomía por traumatismo en paciente con acenocumarol. Manejo y evolución..303
Arroyo Ayllón, David; Granados Navas, Mª Paz; López-Mota García-Muñoz, Mª Ascensión; León Guerrero, Israel José
Capítulo 60
Caso clínico:Terapia electroconvulsiva (TEC). 309
Velázquez Peña, Manuel Jesús; Plaza Campos, Beatriz; Montes Mansilla, Marta
Capítulo 61
Caso clínico: Uso combinado de hidrocoloide de plata e hidrogel en herida quirúrgica en paciente diabético..... 313
Gijón Ruiz, María de Gracia; Solís Montes, José Enrique; Solís Montes, Paloma; Núñez Jiménez, María Pilar; Rodríguez Escudero, Cristina; Corredor Rodenas, María Teresa
Capítulo 62
Chemsex y VIH. Situación actual y prevención en colectivos vulnerables..... 317
Pérez Ruiz, Borja Eugenio; Cerro López, Tania; Molina Moreno, Aurora
Capítulo 63
Comparación de las bandas de compresión «flossing band» con la crioterapia en las primeras fases de los esguinces de tobillo..321
Ruiz Mazoteras, Jorge Luis; Ruiz Mazoteras, Salvador
Capítulo 64
Comparación del masaje fricción transversal profundo «Cyriax» con el ultrasonido en el tratamiento de la tendinitis del supraespinoso..... 325
Ruiz Mazoteras, Jorge Luis; Ruiz Mazoteras, Salvador

Capítulo 65
Comparación vendaje neuromuscular/TENS en las lumbalgias. 329
López Castellano, Álvaro; Ruiz Mazoteras, Jorge Luis; Ruiz Mazoteras, Salvador
Capítulo 66
Compresión terapéutica en úlceras venosas. 333
Tabasco Ceca, Milagros; Muñoz Naranjo, Cristina; Borrego Camejo, Zoina
Capítulo 67
Conciénciate, la enfermería escolar es el camino al progreso. 337
Villanueva Rodrigo, Tamara; Carrasco Castellanos, Marta
Capítulo 68
Conociendo nuevas intervenciones de enfermería: Catéter venoso medial. 341
Moreno Pérez, Helena; Risquez Mateos, Roberto; Hidalgo Vélez, Esther
Capítulo 69
Conocimientos y actitudes sobre la lactancia materna en los alumnos del grado de enfermería. 347
García Ceballos, Macarena
Capítulo 70
Conocimientos y conductas de los adolescentes sobre la sexualidad. 351
González Castro, Juan Pedro
Capítulo 71
Consumo de golosinas y confites en niños de tercer ciclo de primaria. 355
Santiago Galindo, Cristina; Collado Lozano, Andrés; Gallego Tirado, Cristina; Ruiz Mendoza, Esperanza
Capítulo 72
Contra la vacunofobia. 359
Amores Lizcano, Ester; Ruiz Peinado, Luis Miguel; Casero Peinado, Nuria Ester
Capítulo 73
Contribución de la enfermería en la preservacion de fertilidad de la mujer en tratamiento oncológico 365
Soriano Ramos, Irene; Castillo Carrión, Paula; Soriano Ramos, Marta; Ballesteros Muñoz, Miriam
Capítulo 74
Control y manejo farmacológico de la émesis en pacientes onco-hematológicos. Una prioridad 369
Arroyo Ayllón, David; Granados Navas, Mª Paz; López-Mota García-Muñoz, Mª Ascensión; León Guerrero, Israel José; Moreno-Chocano López-Astilleros, Teresa; Velasco Friginal, Florencia
Capítulo 75
Cuidados de enfermería en Atención Primaria a un paciente portador de un reservorio subcutáneo. 375
González Rubio, Alicia; Sánchez Fernández, Rosa María; López Rodríguez, Rocío; Ruiz de Lara Marín, María Ángeles; Saez Cuesta, Teresa; Martín Sancho, Juncal
Capítulo 76
Cuidados de enfermería en el drenaje ventricular externo. 381
Carrero Ruiz, Carmen; Garrido Anguita, Silvia; Chacón Chacón, Laura
Capítulo 77
Cuidados del paciente crítico con estreñimiento. 387
León Campillo, Sandra; León Campillo, Lorena; Donoso Muñoz, Antonio
Capítulo 78
Dechoker. 391
Villate Pardo, Mirian; Márquez Arriaga, Vanesa; Aragón Junquera, Celia
Capítulo 79
Depresión y duelo en el anciano. 395
Cortecero Sanz, Mª Cristina; Céspedes Valero, Mª Ester; Barrios Rubio, Laura; Rabadán Arévalo, Marta; Honrado López Menchero, Aurora
Capítulo 80
Detección de la fibrosis quística en pediatría mediante test de sudor. 401
Rodríguez López, Rosa María; Bastante Villaseñor, Raquel; Saucedo García, María Estrella
Capítulo 81
Diabetes, la epidemia silenciosa y global del siglo XXI. Evolución, situación actual y pronóstico. 405
López Juárez, Mª Pilar

ISBN: 978-84-949197-6-3

Capítulo 82
Distracción maxilar superior en paciente con fisura labiopalatina..... 409
Paulero López, Noelia; Polo Camacho, Jesús Antonio
Capítulo 83
Donación de Sangre en España ..... .415
Fernández Rodríguez, María de las Nieves; Jiménez Hernández, Marta
Capítulo 84
Educación nutricional en hemodiálisis..... .419
Almodóvar Mozos, Francisco; Chaves Ramos, Laura; Hernández Arenas, Ángel José; García García, Ángel; Zarca Cano, María; Ruiz González, Flor María
Capítulo 85
Efectividad de la dieta hiposódica en la gestante con preeclampsia...... 423
Martín-Portugués Muñiz, Jorge
Capítulo 86
Efectos de la actividad física durante el embarazo...... 427
Lozano Miñano, Beatriz; Cañaveras Gavilán, Cristina; López Fernández, Raquel
Capítulo 87
Efectos extra-glucémicos de terapias incretínicas en pacientes con DM2 y obesidad 431
García Seco, José Alberto; Seco Segura, Ángela María
Capítulo 88
Eficacia del tratamiento de fisioterapia en la diastasis de rectos abdominales postparto. Revisión sistemática ..... .435
Delegido Gómez, Emilia; Solís Sanz, María Mercedes
Capítulo 89
Ejercicios de Kegel y Core en incontinencia urinaria de esfuerzo..... .441
García Torres, Pedro; Del Casar Martín, Laura
Capítulo 90
El accidente laboral en urgencias 447
Gómez Caraballo Jiménez Galanes, Jesús Manuel
Capítulo 91
El afrontamiento de la esclerosis múltiple y la adherencia al tratamiento 451
Padilla Araque, Isabel; Moreno Durán, Irene; Cano Chumillas, Nerea
Capítulo 92
El doble guante como medida para prevenir exposiciones a fluídos biológicos 457
González Serrano, Juan Antonio; García Valenciano, Agustín; De Aguilar González, María José
Capítulo 93
El enfermo terminal, ¿cómo afronta el equipo de enfermería sus cuidados?..... 461
Alañón Varón, Ana Blanca; Cabañas Carretero, María del Mar; Montroy Chamorro, Ana Isabel; Martín Díaz, Ana; Delgado Muñoz, Ana María; Cebrián Rivilla, María del Pilar
Capítulo 94
El tipo más frecuente de tumor uterino: El leiomioma 467
Díaz Vico, Ramona; Sánchez Quiles, María Pilar; Forcada Soberino Gómez, María Rocío
Capítulo 95
En el próximo caso, diremos…¿recuerdas el caso de la hipotermia en el 33 semanas? 473
Espinosa Velasco, Verónica; Megía Castro, María Isabel
Capítulo 96
Enfermedad de Crohn. Caso clínico 479
Sánchez Puertas, María; Sánchez Puertas, Laura; Ballesteros Benito, María Isabel; Porras Sánchez-Escribano, Cristina; García Morales, Sandra; Sánchez-Gil Izquierdo, Irene
Capítulo 97
Enfermedad de Hirschsprung o megacolon congénito 485
Mora Muñoz, Eduardo; Olmo Trujillo, Coral; Sánchez-Izquierdo Castellanos, Sonia
Capítulo 98
Enfermería en el tratamiento de las quemaduras en la población infantil..... 491
Cofrade Delgado, Virginia; Espadas Sánchez, María; Muñoz Poblete, César Nicolas; Fernández Padrón, Marcos; Poyatos Ruiz, María Dolores; Bonales Domínguez, María Pilar

Capítulo 99
Enfermería en la visita prequirúrgica: Clave para la seguridad preoperatoria 495
Fernández Barranco, Sara; Rodríguez Medina, Leticia María; Ordóñez Urbano, María del Carmen
Capítulo 100
Enfermería y los errores de la medicación 501
Ruiz López, María de las Nieves; Fernández Villa, Soraya; Mora Golderos, Gema; Díaz Rincón, Laura María; Álvarez Asensio, María Nieves
Capítulo 101
Enfermería: Papel clave en el cumplimiento terapéutico de pacientes con Diabetes Mellitus tipo II 507
Alañón Barba, María del Pilar
Capítulo 102
Enterocolitis necrotizante neonatal. A propósito de un caso 511
Arranz García, Andrea; Álvarez Paniagua, Sonia
Capítulo 103
Epidemiología y prevención del virus del papiloma humano 515
Martín-Portugués Mendoza, Alba; Cano Chumillas, Nerea; Padilla Araque, Isabel
Capítulo 104
Epoc e insuficiencia cardiaca en paciente con infección respiratoria. Caso clínico 519
Martínez Castillo, José David; Moreno Sánchez, Rocío; Moreno Sánchez, María Ángeles
Capítulo 105
Escaldadura estafilocócica 525
López Ramírez, María Dolores
Capítulo 106
Espondilolistesis y espondilolisis en pediatría: A propósito de un caso 529
Sánchez Fuentes, Alicia; Risalde Santos, Blas Manuel
Capítulo 107
Esquizofrenia y hábitos saludables 535
Briñas García, Carmen; Ruiz García, Jacinto; Tello Naharro, Vanesa; Rodríguez Pérez, Manuel; Ruiz Torija, Laura; Rodríguez Gonzalez, Mª Francisca
Capítulo 108
Estadística de suicidio en Castilla La Mancha 541
Arias del Campo, Leticia; Ormeño Romero, Ricardo; García Gallego, Marta; Vargas Muñoz, Noelia; Sánchez Vázquez, Virginia
Capítulo 109
Estrés en padres de niños con cardiopatías congénitas ingresados en unidades de cuidados intensivos pediátricos. Revisión bibliográfica 545
Álvarez Paniagua, Sonia, Elías Fernández Calvillo, Rosa
Capítulo 110
Estudio comparativo acerca de la educación para la salud adquirida por los hipertensos de España y Reino Unido 551
Ruiz Mendoza, Esperanza; Collado Lozano, Andrés; Santiago Galindo, Cristina; Gallego Tirado, Cristina
Capítulo 111
Estudio etnográfico sexualidad en adolescentes 555
Carabaño Mayorga, Ángela
Capítulo 112
Evaluación del dolor en una unidad de cuidados intensivos 559
Muñoz-Torrero Peña, Alicia; Vázquez Rodríguez-Barbero Inmaculada; Muñoz Camargo, Juan Carlos; Puebla Martín, Amadeo; Garrido Avileo, Añastasio; Rubio Serrano, María Pilar
Capítulo 113
Evaluación del paciente con CPAP en la GAI de Puertollano 563
Muñoz de la Nava Zamorano, Concepción: Extremera Medina, Carlos Joaquín
Capítulo 114
Evolución fulminante de adenocarcinoma de unión esófago-gástrica con carcinomatosis meníngea 567
Muñoz Carrión, Silvia; Espinar Jiménez, Gloria
Capítulo 115
Existe relacion entre el consumo de cannabis y esquizofrenia 571
Octavio Sánchez, Ana Belén; Alcázar Panadero, Isabel; Caravaca Expósito, Noelia

ISBN: 978-84-949197-6-3

Capítulo 116
Existencia de patología vocal en el profesorado 575
Polo Camacho, Jesús Antonio; Paulero López, Noelia
Capítulo 117
Factores de influencia en la vacunación frente a meningitis B en una zona básica de salud rural..... 579
De la Torre Felguera, Inmaculada; Carpio Acedo, Elene; Gutierrez Pérez, Sagrario; Samperio Montejano, Aurora; Rodríguez Martín, Lorenzo Javier; Loro Rodríguez, Miguel
Capítulo 118
Factores motivadores de consumo de alcohol en la adolescencia 583
Céspedes Valero, María Ester; Cortecero Sanz, María Cristina; Rabadán Arévalo, Marta; Barrios Rubio, Laura
Capítulo 119
Factores que influyen en el abandono precoz de la lactancia materna..... 587
Bermejo Cruz, Sara
Capítulo 120
Falta de adherencia en adolescente con Diabetes Mellitus tipo 1..... 591
Tejado Moral, María; Da Silva de Vicente, Gema Natalia; Perea Espinosa, Francisco
Capítulo 121
Fármacos orales que no deben ser triturados 595
Madueño Moreno, Silvia; Madueño Moreno, José Luis
Capítulo 122
Fármacos uterotónicos en la prevención y tratamiento de la hemorragia posparto 599
Arriaga Rodríguez, Ana María; Rodrigo Marín, Esther María; Nuñez Cabanillas, María del Carmen
Capítulo 123
Farmacovigilancia y prevalencia de reacciones adversas de fármacos en la población anciana 603
López Santos, Celia; López García, Mª Paz; De la Morena Aguirre, Francisca; López de Mota de la Morena, Carmen María; Jiménez Gordillo, María Dolores; Cuadros Torres, María José
Capítulo 124
Fiabilidad en la realización de las espirometrías sin clip nasal..... 607
Villanueva Moraga, Begoña; Triguero Bocharán, María Teresa; Rivero García, Ana; Díaz López, Lucía; Nieves Barea, Ana; Martínez Pérez, Carmen
Capítulo 125
Fisioterapia en las úlceras por presión en el paciente con movilidad reducida 611
Cabañas Linares, Javier; Jiménez Serrano, Rebeca; Gregorio Ropero, María Dolores
Capítulo 126
Fisioterapia respiratoria en bronquiolitis aguda. ¿Sí o no? 615
Lozano Miñano, Beatriz
Capítulo 127
Fisioterapia y atrofia muscular espinal: Revisión sistemática 619
Cortés Pérez, Irene; Acosta López, Alexandra; Simón Sierra, Juan José
Capítulo 128
Gastrosquisis en recién nacido. Caso clínico..... 625
Martínez Sánchez, María del Carmen; Giménez de los Galanes Cejudo, Gema; Crespo González, Elena
Capítulo 129
Glomerulonefritis aguda postinfecciosa en paciente pediátrico: A propósito de un caso 631
Álvarez Paniagua, Sonia; Arranz García, Andrea
Capítulo 130
Grado de educación para la salud en pacientes en hemodiálisis portadores de FAVI 635
Rodríguez Romero, Victoria; Santiago Galindo, Cristina; Daimiel Lillo, Marta
Capítulo 131
Hábitos alimentarios en pacientes crónicos que recogen medicación en farmacia hospitalaria 639
Martínez Morago, María del Rosario; Moreno Cortés, Juan José; Becerra Cañas, Ana Victoria; Castellanos Moreno, Almudena; Rubio Caravaca, Herminia; Couque Hernández, María del Pilar
Capítulo 132
Hidratación y ejercicio físico..... 643
Moreno Trenado, Vanessa; Martín-Doimeadios Trujillo, Luis; Martínez Gómez, José Luis; Cervantes Torres, Laura; Gómez Gutiérrez, María José

Capítulo 133
Hidroterapia en la esclerosis múltiple 647
García Domínguez, Pedro Javier

Capítulo 134
Higiene del recién nacido 653
Torres Gallego-Casilda, Consolación; Cabezalí Lozano, Ana María; Nuñez Mújica, Ana; Rubio Ocaña, Sergio; García-Cervigón Jaime, Miguela

Capítulo 135
Hiperpotasemia en pacientes en hemodiálisis 657
Gallego Tirado, Cristina; Ruiz Mendoza, Esperanza; Collado Lozano, Andrés

Capítulo 136
Humanización de los cuidados enfermeros en la terapia de presión negativa Avelle 661
Muñoz Poblete, César Nicolás; Espadas Sánchez, María; Fernández Padrón, Marcos; Poyatos Ruiz, María Dolores; Bonales Domínguez, María Pilar; Cofrade Delgado, Virginia

Capítulo 137
Hypericum perforatum en el tratamiento de heridas y quemaduras 665
Rubio Caravaca, Herminia; Castellanos Moreno, Almudena; Couque Hernández, María del Pilar; Simon, Mirela Lacramioara; Contreras Cañas, María José; Martínez Morago, Rosario

Capítulo 138
Ictiosis. Caso clínico 671
Ballesteros Benito, María Isabel; García Morales, Sandra; Porras Sánchez-Escribano, Cristina; Sánchez-Gil Izquierdo, Irene; Sánchez Puertas, Laura; Sánchez Puertas, María

Capítulo 139
Ictus: Actualización en cuidados domiciliarios y educación sanitaria para pacientes y cuidadores 675
Larrondo Velasco, Kimberley; Barón Almansa, Tamara; Gómez Ruiz, Inmaculada; Alcaraz García, Beatriz; García Ruiz, Alba

Capítulo 140
Impacto social, laboral y grado de satisfacción de pacientes incluidos en el programa de seguimiento remoto de marcapasos en el área de Ciudad Real 681
Bastante Díaz, María del Carmen; Campos Pérez de Madrid, Evangelina; Cano Rosado, Laura

Capítulo 141
Importancia de la higiene de manos en pacientes aislados en las unidades de hospitalización 685
Botia Portero, Antonio; Rullo Sánchez, Ana María

Capítulo 142
Influencia de la dieta y nutrición en la Epoc del adulto mayor 689
De la Morena Aguirre, Francisca; López de Mota de la Morena, Carmen María; López García, María Paz; López Santos, Celia; Navarro Aranda, Elisabet; Muñoz Romera, Silvia

Capítulo 143
Influencia de los ciclos lunares en el número de pacientes con problemas psicológicos, atendidos en el servicio de urgencias de un hospital comarcal 695
Couque Hernández, Mª del Pilar; Castellanos Moreno, Almudena; Contreras Cañas, Mª José; Rubio Caravaca, Herminia; Lacramioara Simón, Mirela; Becerra Cañas, Ana Victoria

Capítulo 144
Iniciación consulta de esterilidad. Gestión para la puesta en marcha 699
Sánchez-Valdepeñas Villafuerte, Mª Trinidad; Moreno Cortés, Juan José; López García, Mª Dolores

Capítulo 145
Inmunización antineumocócia en paciente diabético 703
Rodrigo García, Rosa María; Fernández-Infantes Rodríguez, Sara; Hernández de Castro, María Cristina; Funez Ruiz, Eva María; Merlo Ormeño, Alicia; Puñal Ortega, Eva

Capítulo 146
Interrupciones al personal de enfermería durante la ronda de medicación en el HGUCR 707
Fernández-Infantes Díaz-Pinto, Cristina; Rodrigo Martín, Sonia; Nieto Villaseñor, Sara

Capítulo 147
Intervención de enfermería con niños que sufren enuresis nocturna 711
Laderas Díaz, Estíbaliz; Lucas Caballero, Marina; González Castro, Juan Pedro; Jurado Zapata, Fátima; Talavera García, Irene

Capítulo 148
Intoxicación accidental por paracetamol 715
Ruiz García, Carmen; Ruiz García, María del Pilar

Capítulo 149
Isoflavonas de la soja y su controversia en la menopausia 721
Cantero Rivero, Virginia; Nieto Aparicio, Saúl; Sánchez-Camacho González-Carrato, María José; Cantero Rivero, Jose Carlos

ISBN: 978-84-949197-6-3

Capítulo 150
Isquemia de miembros inferiores en paciente sometido a hemodiálisis, caso clínico 725
Ramírez de Orol, Miguel Ángel; Valiente Sobrino, Liliana
Capítulo 151
ITU selectiva en tratamiento con Azacitidina 729
Peralbo Aparicio, Ana; Ledesma Gómez, Jesús; Zarca Cano, María; Román Alcántara, Moisés; Gallego Romero, Inmaculada
Capítulo 152
La alimentación en diabéticos y la importancia de la Educación para la Salud 733
González Redondo, María; Navarro Díez, Macarena
Capítulo 153
La epidemia de la obesidad. Evolución y situación actual 737
López Juárez, Mª Pilar
Capítulo 154
La escala NIHSS: Su importancia para la valoración del código Ictus en triaje SUH realizado por enfermería 743
Perea Espinosa, Francisco; Castellanos Cencerrado, Francisco Javier; Cortés Ramos, María Úrsula
Capítulo 155
La humanización obstétrica en España, «The obstetrics humanization in Spain» 749
Almarcha Lanzarote, Ángela
Capítulo 156
La importancia de la asistencia sanitaria en casos de violencia de género 753
Chaparro León, María
Capítulo 157
La magia de Valsalva 757
Casado Gonzalez, Almudena; Ortega Mora, Andrés; De Haro Moya, Estela; Chacón González, Clara María; García Gonzalez de Huelva, Manuel; Perez García, Fani Yaqueli
Capítulo 158
La necesidad de seguimiento por parte de los sanitarios en mujeres que deciden salir de la violencia de género 761
Chaparro León, María
Capítulo 159
La opinion del fisioterapeuta sobre el uso de contenciones mecánicas. 765
Sánchez González, Irene; Cabañero Luján, Remedios; Bastante Lozano, Monica
Capítulo 160
Lactancia materna, ¿contaminante o protectora? 769
Pozo Sánchez-Archidona, Miriam
Capítulo 161
Las consecuencias de la polifarmacia 773
Lara Lozano, Elena; García-Muñoz López-Menchero, Diana; Moreno Delgado, Tania; Núñez Sánchez-Migallón, Ana Belén; Piqueras Crespo, Lourdes
Capítulo 162
Leucemia linfoblástica aguda: Educación a padres de niños en situación paliativa domiciliaria 779
González Gijon, Virginia; León Pavón, Arancha; Ballester Lillo, Diana; Romero Ruiz, Ana
Capítulo 163
Lipoestructura de mama. Técnica Coleman. Caso clínico 785
Sánchez-Gil Izquierdo, Irene; Sánchez Puertas, Laura; Sánchez Puertas, María; Ballesteros Benito, María Isabel; Porras Sánchez-Escribano, Cristina; García Morales, Sandra
Capítulo 164
Manejo del delirio con dexmedetomidina en el destete ventilatorio 789
Díaz Gallego, César; López Ruiz, Cecilia María; Moreno Quesada, María Esther; Muñoz Rodríguez, Ana; Barba Rodríguez, Felipe; Rodríguez Jiménez, Patricia
Capítulo 165
Manejo del niño con esofagitis eosinofílica. A propósito de un caso 793
Abril Béjar, Juana
Capítulo 166
Manejo del síndrome de abstinencia en el recién nacido expuesto a drogas durante la gestación: Caso clínico 797
Espinosa Velasco, Verónica; Megía Castro, María Isabel

Capítulo 167
Manejo reanimación intrauterina a través de la hiperoxigenación materna 801
Sánchez Díaz, Mª Cristina; Bórnez García de la Plaza, Cristina; Nieto Díaz, Rut; Álvarez Lozano, Eva María
Capítulo 168
Manipulación de medicamentos peligrosos 805
Chaparro Galán, Miriam; Cruz Durán, Amparo; Cabezas Buitrago, Francisco Javier; De la Calle Serrano, Itziar
Capítulo 169
Medidas asistenciales a mujeres víctimas de trata de seres humanos con fines de explotación sexual 811
Ruiz Gómez-Pimpollo, Marta; Jurado Palomo, Alejandro
Capítulo 170
Microbiota Intestinal y cerebro: Microbiota- Gut- Brain Axis 817
Hidalgo Vélez, Esther; Moreno Pérez, Helena
Capítulo 171
Miopatía nemalínica 823
Da Siva de Vicente, Gema Natalia
Capítulo 172
Motivos para la vacunación antigripal en los trabajadores de un centro de la tercera edad 827
López Fernández-Cañadas Virginia María; Sánchez Escudero, Elia
Capítulo 173
Niño de 2 años con miopatía nemalínica 831
Da Silva de Vicente Gema Natalia; Tejado Moral, María
Capítulo 174
Nivel formativo de enfermeros de atención primaria y docentes sobre autismo infantil 835
Camacho Rodríguez, Irene; Rodríguez Lillo, María del Carmen
Capítulo 175
Nociones de enfermería ante una transfusión sanguínea 839
Molina Romero, Pedro; Cortina Nieto, Amelia; Honrado López-Menchero, Aurora; López Rivas, Sergio; Villaseñor Martin-Portugués, Cristina; Donate Manzanares, Cristina
Capítulo 176
Observación enfermera en el diagnóstico de intoxicacion de CO. A propósito de un caso clínico 845
González Lara, Gema; Escobar Sorando, Ana; Mora Mora, María Yolanda; Torres Rodríguez, Manuela; Pérez Gijón, Alberto José; León Moraleda, María Isabel
Capítulo 177
Optimización de recursos sanitarios de los puntos de atención continuada 851
Rodrigo García, Rosa María; Fernández-Infantes Rodríguez, Sara; Hernández de Castro, María Cristina; Funez Ruiz, Eva María; Merlo Ormeño, Alicia; Puñal Ortega, Eva
Capítulo 178
Otra visión de la atención domiciliaria 855
Camacho Horta, María Dolores; Pineda Cantero, María José
Capítulo 179
Oxigenoterapia de alto flujo en pacientes críticos 859
Barranquero Rodríguez, Rocío; Camacho Dorado, Elena
Capítulo 180
Paciente experto en Diabetes Mellitus Tipo II. A propósito de una experiencia 863
Hidalgo Vélez, Esther; Vélez Ayuso, Victoria; Martín-Pérez Cidoncha, Laura
Capítulo 181
Paciente portador DAI Subcutáneo. 869
Rivero Merino, Irene; Terán Boabén, Marta; Terriza Cabrera, Nuria María
Capítulo 182
Paciente terminal oncológico. Actuación diabética 875
Rodrigo García, Rosa María; Fernandez-Infantes Rodríguez, Sara; Hernández de Castro, María Cristina; Funez Ruiz, Eva María; Merlo Ormeño, Alicia; Puñal Ortega, Eva
Capítulo 183
Páncreas artificial 879
Gómez Martín, Patricia

ISBN: 978-84-949197-6-3

Capítulo 184
Papel de la enfermería en comunicación de malas noticias 883
Ruiz Serrano, Jesús Javier; Guerrero Sola, Lorena
Capítulo 185
Parálisis braquial obstétrica. Una aproximación desde la evidencia 889
Rodríguez López, Elena; López Gil, María del Pilar
Capítulo 186
Penfigoide ampolloso, abordaje de enfermería: A propósito de un caso 895
Risalde Santos, Blas Manuel; Soriano García, Francisca; López Sánchez, Ana Belén; Fernández-Espartero Moreno-Chocano, María del Mar; Sánchez Fuentes, Alicia
Capítulo 187
Percepción de la adecuada evaluación y manejo del dolor en uci por profesionales de enfermería 899
Muñoz Camargo, Juan Carlos; Vázquez Rodríguez-Barbero, Inmaculada; Muñoz-Torrero Peña, Alicia; Garrido Avileo, Anastasio; Puebla Martín, Amadeo; Rubio Serrano, María Pilar
Capítulo 188
Percepción de mujeres víctimas de violencia de género respecto a la atención recibida por profesionales de medicina y enfermería 903
Chaparro León, María
Capítulo 189
Percepción del profesorado sobre el manejo de alumnos con diabetes y la creación en los centros educativos de la enfermera escolar 909
López García, María Paz; López Santos, Celia; De la Morena Aguirre, Francisca; López de Mota de la Morena, Carmen María; Jiménez Gordillo, María Dolores
Capítulo 190
Plasma rico en plaquetas 915
Mora Hidalgo, María Reyes; Calatrava Muñoz, Rosa María; Notario Galan, Cristina María; Morote Cumplido, Elena; Aparicio Hernández, Cristina
Capítulo 191
Plasmaféresis en el tratamiento de la miastenia gravis. Presentación de caso. Cuidados de enfermería durante la técnica .. 919
Domínguez Tapiador, Beatriz; Fernández Melero, Alicia; García Navas, María; Lavín Expósito, Cristina; Campos Rodríguez de Guzmán, Héctor; Ramos Díaz Pabón, Ana
Capítulo 192
Plasmaféresis. Evolución de las donaciones de plasma desde su implantación hasta la actualidad 927
Molina Romero, Pedro; Cortina Nieto, Amelia; Hornado López-Menchero, Aurora; López Rivas, Sergio; Villaseñor Martín-Portugués, Cristina; Barrios Rubio, Laura
Capítulo 193
Práctica basada en la evidencia y el entorno clínico 931
Donoso Muñoz, Antonio; León Campillo, Lorena; León Campillo, Sandra
Capítulo 194
Premedicación en quimioterapia 937
Cabezas Buitrago, Francisco Javier; Cruz Durán, Amparo; Chaparro Galán, Miriam; De la Calle Serrano, Itziar
Capítulo 195
Preparación de cemento quirúrgico en prótesis de rodilla 943
Fernández Arcos, José Vicente
Capítulo 196
Prevalencia de obesidad en embarazadas y sus consecuencias en el embarazo, parto, puerperio y descendencia 949
Barba Rodríguez, Felipe; Rojas Rodríguez, Miriam; Rodríguez Jiménez, Patricia
Capítulo 197
Prevención de infecciones nosocomiales mediante impregnación antimicrobiana del catéter venoso central 955
Serrano Barona, David; Heredia Oliver, Elena
Capítulo 198
Prevención y abordaje de enfermería en los trastornos de conducta alimentaria: Bulimia 959
Larrondo Velasco, Kimberley; Gómez Ruiz, Inmaculada; García Ruiz, Alba; Alcaraz García, Beatriz; Barón Almansa, Tamara
Capítulo 199
Procedimiento para una correcta actuación sanitaria ante un caso de violencia de género en España 965
Gavira Rodríguez, Nuria; Gutiérrez Delgado, Miguel Ángel; Moscoso Delgado, Cristina

Capítulo 200
Promoción de la actividad física en escolares de infantil y primaria 969
Moreno Durán, Irene; Martín-Portugués Mendoza, Alba
Capítulo 201
Punción seca en el tratamiento del Síndrome de Dolor Miofascial Masticatorio y Bruxismo..... 975
Rodríguez López, Elena; López Gil, María del Pilar
Capítulo 202
Qué sabe la población de la resucitación cardiopulmonar y desfibriladores externos automatizados 979
Sanz Estudillo, Francisca; Martín Arevalo, María del Prado; Agudo Mosquera, Silvia Natalia; Esquivel García, Julia; Moreno Ruiz, Alicia; Cubero Ruedas, Ana
Capítulo 203
Reacciones transfusionales..... 985
Honrado López Menchero, Aurora; Barrios Rubio, Laura; Rabadán Arévalo, Marta; Cortecero Sanz, María Cristina; Céspedes Valero, María Ester; Molina Romero, Pedro
Capítulo 204
Recomendaciones y consejos de enfermería sobre hábitos dietéticos en el embarazo..... 989
Alcaraz García, Beatriz; García Ruiz, Alba; Gómez Ruiz, Inmaculada; Barón Almansa, Tamara; Larrondo Velasco, Kimberley
Capítulo 205
Relación entre el consumo de cerveza y la aparición de demencias. Revision bibliográfica..... 995
León Romero, María Jesús; Hidalgo Benítez, Beatriz; Carrasco Murcia, María José; Villalobos Martín Moreno, Ana Belén; León Carrasco, Marina; Sánchez Hermoso, Lorena
Capítulo 206
Relación entre el Índice de Masa Corporal Materno y la duración de la segunda etapa del parto 999
Infante Torres, Nuria
Capítulo 207
Relación entre los trastornos de ansiedad y alteraciones del oído interno 1003
Tello Naharro, Vanesa; Briñas García, Carmen; Rodríguez Pérez, Manuel; Ruiz Torija, Laura; Rodríguez Gonzaléz, Mª Francisca; Magarzo Ballesteros, Mª José
Capítulo 208
Residencia con uso racional de sujeciones 1007
Cabañero Luján, Remedios; Jiménez Serrano, Rebeca; Gregorio Ropero, María Dolores; Martín Millán, María Belén; Sánchez González, Irene; Ocaña García-Abadillo, Mª Carmen
Capítulo 209
Respiratorio al límite. El decúbito prono en Unidad de Críticos. Cuidados de Enfermería..... 1011
Garrido Avileo, Anastasio; Rubio Garcia, María Nuria; Labrandero Alcázar, María Dolores; Viedma Moreno, Isabel
Capítulo 210
Resultados de la implantación de un protocolo de ingreso eficiente de pacientes desde el Servicio de Urgencias a planta..... 1015
Madrid Franco, Pablo Jesús; Salas Moreno, María Jesús; Luna Madrid, Enrique; Madrid Franco, Marina; Moreno Bolívar, María Gumersinda; Benítez Espinosa, Ana María
Capítulo 211
Revisión bibliográfica sobre el tratamiento del vértigo postural paroxístico benigno (VPPB)..... 1019
Lozano Jiménez, Sandra; Palencia Guerrero, María Teresa; Fernández-Sarabia Pardo, Laura; Guzmán Pecino, Verónica
Capítulo 212
Revisión bibliográfica sobre los factores que influyen en la aparición de errores en la administración de fármacos por parte de enfermería..... 1023
Ledesma Gomez, Jesús; Román Alcántara, Moisés; Peralbo Aparicio, Ana; Zarca Cano, María; Gallego Romero, Inmaculada
Capítulo 213
Revisión blibiográfica sobre los principales factores que influyen en la aparición del infarto agudo de miocardio..... 1029
Plaza Campos, Beatriz; Velázquez Peña, Manuel Jesús; Montes Mansilla, Marta
Capítulo 214
Revisión del conocimiento del personal enfermero en la detección precoz de cáncer de mama en mujeres 1033
Cruz Durán, Amparo; Chaparro Galán, Miriam; Cabezas Buitrago, Francisco Javier; De la Calle Serrano, Itziar
Capítulo 215
Revisión sistemática sobre la eficacia de diversas técnicas sobre la prevención y tratamiento de patologías del suelo pélvico..... 1037
Camacho Rodríguez, Irene; Rodríguez Lillo, María del Carmen

ISBN: 978-84-949197-6-3

Capítulo 216
Revisión sistemática: Cuidados del cordón umbilical 1041
Ortiz Esquinas, Inmaculada; Carretero Cortés, Irene
Capítulo 217
Revisión sistemática: Manejo del óxido nitroso en el trabajo de parto 1045
Bórnez García de la Plaza, Cristina; Sánchez Díaz, María Cristina; Nieto Díaz, Rut; Álvarez Lozano, Eva María
Capítulo 218
Revisión sistemática: Resultados neonatales tras cesárea en primera etapa VS segunda etapa del parto 1049
Infante Torres, Nuria
Capítulo 219
Seguridad de la vacuna triple vírica en niños alérgicos al huevo 1055
Garrido Anguita, Silvia; Carrero Ruiz, Carmen; Chacón Chacón, Laura
Capítulo 220
Seguridad en el cuidado de DAVC 1061
Núñez Sánchez-Migallón, Ana Belén; Piqueras Cresto, Lourdes; Lara Lozano, Elena; Moreno Delgado, Tania; García Muñoz López Menchero, Diana
Capítulo 221
Seguridad en los PAC 1065
Blanco Palomo, Carlos Mariano; Corredor Rodenas, María Teresa; Mansilla Flores, María Gema
Capítulo 222
Seguridad en nuestras manos y en las muñecas de nuestros pacientes: Uso de pulseras identificativas 1071
Fernández Barranco, Sara; Rodríguez Medina, Leticia María; Ordóñez Urbano, María del Carmen
Capítulo 223
Sesión de musicoterapia. Grado de satisfacción en la unidad de hemodiálisis del HGUCR 1077
Fernández Melero, Alicia; Campos Rodríguez de Guzmán, Héctor; Domínguez Tapiador, Beatriz; Lavín Expósito, Cristina; Civera Miguel, Margarita; Moya García, Milagros
Capítulo 224
Síndrome de Burnout en personal sanitario de la residencia de ancianos "La Milagrosa" 1083
Cervantes Torres, Laura; Martín Doimeadios Trujillo, Luis; Gómez Gutiérrez, María José; Moreno Trenado, Vanessa
Capítulo 225
Síndrome de Ekbom en paciente con discapacidad intelectual 1087
Lozano Díaz, Ana Isabel; Muñoz Romera, Silvia; Ruiz García, Jacinto; Heredia Villareal, María del Carmen
Capítulo 226
Síndrome de Fragilidad en el anciano. Revisión sistemática 1093
Perez Torija, María Ángela; Cabañas Molero, Ana María; Medina Armenteros, María del Mar
Capítulo 227
Síndrome de Goldenhar. Reconstrucción del pabellon auricular e implante osteointegrado en oído medio derecho .. 1097
Ponce Cañizares, Elisabet; Muñoz Pinilla, Julia
Capítulo 228
Síndrome de hiperestimulación ovárica 1101
Ballesteros Muñoz, Miriam; Soriano Ramos, Irene; Castillo Carrión, Paula; Soriano Ramos, Marta
Capítulo 229
Síndrome de Rasmussen. A propósito de un caso 1105
Madueño Moreno, Silvia; Madueño Moreno, José Luis
Capítulo 230
Síndrome Gilles de la Tourette 1109
Olmo Trujillo, Coral; Sánchez-Izquierdo Castellanos, Sonia; Mora Muñoz, Eduardo
Capítulo 231
Síndrome nefrótico en paciente pediátrico 1113
López Ramírez, María Dolores
Capítulo 232
Situación nutricional de los pacientes ancianos hospitalizados 1117
Martín Arévalo, María del Prado; Agudo Mosquera, Silvia Natalia; Sanz Estudillo, Francisca; Cubero Ruedas, Ana; Moreno Ruiz, Alicia
Capítulo 233
Terapia inhalatoria con cámara en pediatría: ¿Se realiza con técnica correcta? 1123
Rodríguez López, Rosa María; Bastante Villaseñor, Raquel; Saucedo García, María Estrella

Capítulo 234
Terapia láser para cicatrización de úlceras por presión 1127
Sánchez Fuentes, Alicia; Risalde Santos, Blas Manuel
Capítulo 235
Terapias incretínicas y sus efectos normoglucemiantes en pacientes con DM2 y obesidad 1131
García Seco, José Alberto; Seco Segura, Ángela María
Capítulo 236
Traqueostomía percutánea vs traqueostomía quirúrgica 1135
Moreno Rodríguez, María Esther; Bonilla Bellón, María Caridad; Elvira Lillo, María Luisa; Pérez Fernández, María Dolores
Capítulo 237
Trastorno de la conducta alimentaria no especificado a filiar en el HGUCR 1139
Panea Pizarro, Isabel; Martos Sánchez, Almudena; Ruíz Céspedes, María José; Domínguez Martín, Ana Teresa; Naranjo Fernández, Jacinta
Capítulo 238
Trastornos de conducta alimentaria y embarazo 1143
Carabaño Mayorga, Ángela
Capítulo 239
Tratamiento asertivo comunitario 1147
Sánchez Escudero, Elia; López Fernández-Cañadas, Virginia María; De la Peña Velando, Patricia
Capítulo 240
Tratamiento de fisioterapia de la tortícolis congénita en bebé de 7 meses 1153
García Domínguez, Pedro Javier
Capítulo 241
Tratamiento fisioterápico en paciente esquizofrénico tras ingreso de larga duración 1159
García Domínguez, Pedro Javier
Capítulo 242
Tratamiento fisioterápico: Punción seca en el tratamiento de la espasticidad. A propósito de un caso clínico 1165
Simón Sierra, Juan José; Cotés Pérez, Irene; Acosta López, Alexandra
Capítulo 243
Ultraprocesados y cáncer. ¿Qué debemos fomentar en la consulta de enfermería? 1169
Vivar Lopez-Bueno, Silvia; Mazuecos Araque, María del Pilar; Molina Torrecillas, Inmaculada
Capítulo 244
Una caída, una fractura de cadera 1175
Gómez Caraballo Jimenez Galanes, Jesús Manuel
Capítulo 245
UPP de talón en Atención Primaria 1179
Tejado Moral, María; Da Silva de Vicente, Gema Natalia
Capítulo 246
Uso adecuado de la vía intramuscular en Atención Primaria 1183
López Juárez, Mª Pilar
Capítulo 247
Uso de ácido hialurónico en heridas de origen traumático 1187
Arias López-Peláez, Víctor Manuel; Arias Jiménez, Nicanor
Capítulo 248
Uso de los catéteres venosos centrales ¿Se utilizan de la misma forma en los servicios de urgencias que de hospitalización? . 1191
Martín Doimeadio Trujillo, Luis; Gómez Gutiérrez, María José; Moreno Trenado, Vanessa; Cervantes Torres, Laura; Martínez Gomez, José Luis
Capítulo 249
Uso de nuevas tecnologías en el seguimiento del embarazo por la matrona en Atención Primaria 1195
Sobrino Lorente, María del Pilar
Capítulo 250
Uso de terapia de presión negativa (TPN) de un solo uso en quemadura por bisturí eléctrico 1201
Arias López-Peláez, Víctor Manuel; Arias Jiménez, Nicanor
Capítulo 251
Uso del electroencefalograma con privación de sueño para el diagnóstico de enfermedades neurológicas pediátricas 1205
Rodríguez López, Rosa María; Bastante Villaseñor, Raquel; Saucedo García, María Estrella
Capítulo 252
Uso racional de las contenciones mecánicas 1209
Palacios Candelas, Rosa María; Sánchez Gómez, Rocío; Camacho Sánchez, Ana María

ISBN: 978-84-949197-6-3

Capítulo 253
Uso racional de medicamentos. Atención al paciente polimedicado 1213
González Gijón, Virginia; León Pavón, Arancha; Ballester Lillo, Diana; Romero Ruiz, Ana

Capítulo 254
Utilidad del sistema de monitorización flash de glucosa en el tratamiento y control de la diabetes mellitus 1217
Cantero Rivero, José Carlos; Sánchez-Camacho González-Carrato, María José; Cantero Rivero, Virginia; Nieto Aparicio, Saúl

Capítulo 255
Utilización de metformina en mujeres embarazadas 1223
Hidalgo Benítez, Beatriz; Carrasco Murcia, María José; León Romero, María Jesús; Sánchez Hermoso, Lorena; Villalobos Martín Moreno, Ana Belén; León Carrasco, Marina

Capítulo 256
VAC (Vacuum-Assisted Closure) aplicado en fractura abierta peronea 1227
Del Olmo Montero, Óscar; Díaz Patiño, Javier; García Fernández, María del Carmen

Capítulo 257
Vacuna de tétanos, difteria y tosferina en el embarazo 1231
Cano Chumillas, Nerea; Moreno Durán, Irene; Padilla Araque, Isabel; Martín-Portugués Mendoza, Alba

Capítulo 258
Validación de un instrumento para evaluar la discapacidad en el postparto: Whodas 2.0 1237
Ortiz Esquinas, Inmaculada; López Pizarro, María del Pilar; Núñez-Barranco García, Gema; Carretero Cortés, Irene

Capítulo 259
Valoración de la adherencia al tratamiento en pacientes con problemas de salud mental 1241
Ruiz García, Jacinto; Tello Naharro, Vanesa; Rodríguez Pérez, Manuel; Briñas García, Carmen; Ruiz Torija, Laura; Rodríguez González, M. Francisca

Capítulo 260
Valoración de la ansiedad y depresión de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis 1245
González Redondo, María; Navarro Díez, Macarena

Capítulo 261
Valoración de la atención enfermera por pacientes portadores de DAI 1249
Cano Rosado, Laura; Campos Pérez-Madrid, Evangelina; Bastante Díaz, María Carmen

Capítulo 262
Valoracion del consumo de alcohol e información recibida en estudiantes de ESO y Bachillerato 1253
Alcázar Pérez, Alberto; Maján Sesmero, Antonio

Capítulo 263
Valoracion del consumo de sustancias ilegales e información recibida en estudiantes de ESO y Bachillerato 1257
Alcázar Pérez, Alberto; Maján Sesmero, Antonio

Capítulo 264
Valoracion del consumo de tabaco e información recibida en estudiantes de ESO y Bachillerato 1261
Alcázar Pérez, Alberto; Maján Sesmero, Antonio

Capítulo 265
Valoración enfermera del dolor postoperatorio tras el 2º año implantación de la unidad del dolor agudo 1265
Correal Puime, Julián; Nuñez Delgado, Cristina; Fernández Blanco, Purificación; Higueras Arévalo, Ana Belén; Talavera Gijón, Estíbaliz; Rivero González, Ana

Capítulo 266
Ventajas del uso de bombas elastoméricas de analgesia para la disminución del dolor postoperatorio agudo 1269
Rodríguez Medina, Leticia María; Fernández Barranco, Sara; Ordóñez Urbano, María del Carmen

Capítulo 267
Ventilación mecánica no invasiva en bronquiolitis vírica 1273
Crespo González, Elena; Martínez Sánchez, María del Carmen; Giménez-Galanes Cejudo, Gema María

Capítulo 268
Vigorexia y tratamiento fisioterapico, enfoque multidisciplinar 1279
Guzmán Pecino, Verónica; Fernández-Sarabia, Laura; Lozano Jiménez, Sandra; Palencia Guerrero, María Teresa

Capítulo 269
Violencia de género 1285
García Valenciano, Agustín; González Serrano, Juan Antonio; De Aguilar González, María José

Capítulo 270
VPH y cáncer de cérvix. Prevención primaria y secundaria en enfermería 1289
Cabañas Molero, Ana María; Pérez Torija, María Ángela; Medina Armenteros, María del Mar

Capítulo 271
Prescripción de ejercicio físico en pacientes con infarto agudo de miocardio 1293
Jiménez García-Mancha, Francisco Javier

Capítulo 1

¿Cesárea durante la dilatación o durante el expulsivo? Riesgo de aparición de complicaciones intraoperatorias

Infante Torres, Nuria

¿CESÁREA DURANTE LA DILATACIÓN O DURANTE EL EXPULSIVO?:
Riesgo de aparición de complicaciones intraoperatorias

Introducción

- La cesárea es una intervención quirúrgica mayor mediante la cual se extrae un feto viable a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y otra en la pared uterina (histerotomía).
- Son conocidas las complicaciones postoperatorias que pueden surgir tras una cesárea, más especialmente si ésta ocurre durante el periodo expulsivo (cuando la dilatación es completa). Por ejemplo, se asocia con un aumento del riesgo de hemorragia postparto, endometritis puerperal, morbilidad fetal…
- Pero, ¿qué ocurre durante la cirugía? ¿Existen diferencias en cuanto a la aparición de complicaciones intraoperatorias entre una cesárea realizada durante la dilatación y otra realizada durante el expulsivo?

Objetivo

Evaluar el riesgo de aparición de complicaciones intraoperatorias durante la cesárea según el momento del parto en el que se realiza (durante la dilatación o durante el expulsivo).

Metodología

- Revisión en la base de datos Pubmed.
- **Criterios de inclusión:**
  - **Variable resultado estudiada:** Complicaciones intraoperatorias
  - **Muestra:** Nulíparas o sin cesárea previa.
  - Con acceso a texto completo.
  - Sin restricción de idioma.
  - Sin limitación temporal.
- **Selección de artículos incluidos:**

Second Stage Labor AND First Stage Labor AND (Cesarean Section OR Cesarean Delivery) AND Intraoperative Complications → 12 artículos → **Aplicación criterios de inclusión** → **4 estudios observacionales**

Resultados

Autor / Año / Título	Definición de complicaciones intraoperatorias	Resultados	
Allen, 2005 Maternal and perinatal morbidity of caesarean delivery at full cervical dilatation compared with caesarean delivery in the first stage of labour	▪ Laceración de la arteria uterina, de la vejiga, intestino o uréter ▪ Extensión de la incisión uterina	CS dilatación (n=1074)	CS expulsivo (n=549)
		14 (1,3 %)	35 (6,4 %)
		RR (IC 95%) → 2,6 (1,7 – 3,9)*	
Selo-Ojeme, 2008 Caesarean delivery at full cervical dilatation versus caesarean delivery in the first stage of labour: comparison of maternal and perinatal morbidity	▪ Laceración de la arteria uterina, vejiga o intestino ▪ Extensión de la incisión uterina ▪ Dificultad con la salida de la cabeza fetal	CS dilatación (n=508)	CS expulsivo (n=119)
		36 (7,1 %)	33 (27,7 %)
		OR (IC 95%) → 4,6 (2,7 – 7,9)*	
Seal, 2010 Outcome in Second- versus First-Stage Cesarean Delivery in a Teaching Institution in Eastern India	▪ Laceración de la arteria uterina ▪ Extensión de la incisión uterina ▪ Lesión en la vejiga ▪ Hematoma en el ligamento ancho	CS dilatación (n=1702)	CS expulsivo (n=124)
		8 (0,4 %)	18 (14,5 %)
		RR (IC 95%) → 11,75 (8,57 – 16,12)*	
Asicioglu, 2014 Second-stage vs first-stage caesarean delivery: Comparison of maternal and perinatal outcomes	▪ Lesión arteria uterina, vejiga o cuello uterino ▪ Extensión de la incisión uterina ▪ Histerectomía	CS dilatación (n=2986)	CS expulsivo (n=253)
		148 (4,9 %)	60 (23,7 %)
		RR (IC 95%) → 4,78 (3,64 – 6,27)**	

* $p < 0,001$ / ** $p < 0,01$

Conclusiones

- La realización de una cesárea durante el periodo expulsivo aumenta el riesgo de aparición de complicaciones intraoperatorias comparada con la cesárea realizada durante la dilatación.
- Esto puede ser debido a que la extracción fetal suele ser más complicada porque la cabeza está más impactada en la pelvis, el músculo uterino más delgado y tenso o, también, debido a que la identificación de la vejiga y el segmento uterino inferior es más difícil.
- Las gestantes a las que se les vaya a realizar una cesárea durante el periodo expulsivo requieren un especial cuidado y control, por lo que los profesionales de salud implicados deben estar atentos a la aparición de dichas complicaciones para planificar mejor las actuaciones y cuidados a seguir y disminuir lo máximo posible la morbilidad materna.

Resumen: *La cesárea es una intervención quirúrgica mayor con complicaciones postoperatorias conocidas si la comparamos con un parto normal (hemorragia postparto, endometritis puerperal...). Pero, ¿qué ocurre durante la cirugía? ¿Existen diferencias en cuanto a la aparición de complicaciones intraoperatorias entre una cesárea realizada durante la dilatación y otra realizada durante el expulsivo? Se realizó una revisión en la base de datos Pubmed y se obtuvieron 4 estudios observacionales. En todos ellos, se observa un mayor riesgo de aparición de complicaciones intraoperatorias si la cesárea se realiza durante el periodo expulsivo.*

Palabras Clave: *Cesarean section; labor stage, first; labor stage, second.*

Introducción

La cesárea es una intervención quirúrgica mayor mediante la cual se extrae un feto viable a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y otra en la pared uterina (histerotomía).

Son conocidas las complicaciones postoperatorias que pueden surgir tras una cesárea comparada con un parto normal. Por ejemplo, se asocia a mayor riesgo de hemorragia postparto, endometritis puerperal, morbilidad fetal...

Pero, si se ha indicado la realización de una cesárea por algún motivo, ¿qué ocurre durante la cirugía? ¿Existen diferencias en cuanto a la aparición de complicaciones intraoperatorias según el momento del parto en el que se realice la cesárea (periodo de dilatación o periodo de expulsivo)?

Objetivo

Evaluar el riesgo de aparición de complicaciones intraoperatorias durante la cesárea según el momento del parto en el que se realiza.

Metodología

Se llevó a cabo una revisión en la base de datos Pubmed. Los criterios de inclusión fueron:

- Complicaciones intraoperatorias como variable resultado principal estudiada.

- Gestantes nulíparas o sin cesárea previa.

- Trabajos sin restricción de idioma ni limitación temporal.

La estrategia de búsqueda utilizada fue: “Second Stage Labor AND First Stage Labor AND (Cesarean Section OR Cesarean Delivery) AND Intraoperative complications”. Se encontraron un total de doce artículos pero, tras aplicar los criterios de inclusión, obtuvimos cuatro estudios observacionales para el análisis.

Resultados

- Allen, 2005: Definieron las complicaciones intraoperatorias como laceración de la arteria uterina, vejiga, intestino o uréter o extensión de la incisión uterina. De las 1074 cesáreas que se realizaron durante la dilatación, el 1,3 % (14) presentó complicaciones intraoperatorias, frente al 6,4 % (35) de las 549 cesáreas que se realizaron durante el expulsivo, con un RR 2,6 (IC 95 %: 1,7-3,9, p <0.,001)

ISBN: 978-84-949197-6-3

- Selo-Ojeme, 2008: Definieron las complicaciones intraoperatorias como laceración de la arteria uterina, vejiga o intestino, extensión de la incisión uterina y dificultad con la salida de la cabeza fetal. De las 508 cesáreas que se realizaron durante el periodo de dilatación, el 7,1 % (36) tuvo alguna de las complicaciones dichas anteriormente, frente al 27,7 % (33) de las que se realizaron durante el periodo expulsivo, con una OR 4,6 (IC 95 %: 2,7-7,9, p<0,001).

- Seal, 2010: Estos autores definieron las complicaciones intraoperatorias como laceración de la arteria uterina, extensión de la incisión uterina, lesión en la vejiga o hematoma del ligamento ancho. De las 1702 cesáreas que se realizaron durante la dilatación, solo el 0,4 % (8) presentaron dichas complicaciones, frente al 14,5 % (18) de las 124 cesáreas que se realizaron durante la segunda etapa del parto, con un RR 11,75 (IC 95% 8,57-16,12, p<0,001).

- Asicioglu, 2014: Las complicaciones intraoperatorias que estudiaron estos autores fueron las lesiones de la arteria uterina, vejiga o cuello uterino, la extensión de la incisión uterina o la histectomía. Sus resultados fueron que de las 2986 cesáreas que realizaron durante la dilatación, el 4,9 % (148) presentaron complicaciones durante la cirugía, frente al 23,7 % (60) de las 253 cesáreas que se realizaron durante el periodo expulsivo, con un RR 4,78 (IC 95 % 3,64-6,27, p<0,01).

Conclusiones

La realización de una cesárea durante el periodo expulsivo o segunda etapa del parto aumenta el riesgo de aparición de complicaciones intraoperatorias comparada con la cesárea realizada durante la dilatación o primera etapa del parto.

Esto puede ser debido a que la extracción fetal suele ser más dificultosa porque la cabeza está más impactada en la pelvis (además, la cesárea realizada durante el expulsivo en ocasiones va precedida de un intento de parto vaginal, o de un intento de parto instrumental, que impactaría aún más la cabeza fetal en la pelvis), el músculo uterino está más delgado y tenso o, también debido a que la identificación de la vejiga y el segmento uterino inferior es más complicada.

Las gestantes a las que se les vaya a realizar una cesárea durante el periodo expulsivo requieren un especial cuidado y control, por lo que los profesionales de la salud implicados deben estar atentos a la aparición de dichas complicaciones para planificar mejor las actuaciones y cuidados a segur y disminuir lo máximo posible la morbilidad materna.

Bibliografía

1. Allen VM, O'Connell CM, Baskett TF. Maternal and perinatal morbidity of caesarean delivery at full cervical dilatation compared with caesarean delivery in the first stage of labour. BJOG 2005;112:986–90.
2. Selo-Ojeme D, Sathiyathasan S, Fayyaz M. Caesarean delivery at full cervical dilatation versus caesarean delivery in the first stage of labour: Comparison of maternal and perinatal morbidity. Arch Gynecol Obstet. 2008;278(3):245-249. doi:10.1007/s00404-007-0548-5.
3. Seal SL, Kamilya G, Mukherji J, Bhattacharyya SK, De A, Hazra A. Outcome in second- versus first-stage cesarean delivery in a teaching institution in Eastern India. Am J Perinatol. 2010;27(6):507-512. doi:10.1055/s-0030-1248936.
4. Asicioglu O, Güngördük K, Yildirim G, et al. Second-stage vs first-stage caesarean delivery: Comparison of maternal and perinatal outcomes. J Obstet Gynaecol (Lahore). 2014;34(7):598-604. doi:10.3109/01443615.2014.920790.

Capítulo 2

¿Es el Alemtuzumab un medicamento peligroso?

León Campillo, Lorena

Donoso Muñoz, Antonio

León Campillo, Sandra

Resumen: *El Alemtuzumab (Lemtrada ®), fármaco aprobado en el 2013 por la Agencia Europea del Medicamento, es un anticuerpo monoclonal humanizado que actúa contra la glicoproteína CD52 de la superficie de las células del sistema inmune, causando una depleción rápida, seguida de una repoblación lenta en los 6-12 meses siguientes. Está indicado en pacientes adultos con Esclerosis Múltiple Remitente-Recurrente (EMRR).*

Este trabajo tiene como objetivos descubrir si el fármaco alemtuzumab es considerado peligroso, explorar la forma correcta de preparación y administración de este fármaco y conocer si el peso molecular es un dato relevante para considerarlo un medicamento seguro.

Palabras Clave: *Anticuerpos monoclonales; esclerosis múltiple; alemtuzumab.*

Introducción:

La Sociedad Española de Farmacéuticos de Hospitales (SEFH) clasifica el alemtuzumab como medicamento citostático y dentro de éste en los potenciadores de las defensas inmunitarias, en el subgrupo de los anticuerpos monoclonales (MAB, en sus siglas en inglés).

Desde hace unos años, la exposición laboral a fármacos citostáticos, otros medicamentos peligrosos y el posible riesgo para la salud de los trabajadores se ha convertido en una preocupación para la seguridad de los mismos.

Actualmente, en la revisión sobre medicamentos peligrosos del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) se incluyen un total de 213 medicamentos utilizados en España considerados como peligrosos.

En el 2014, se revisaron un grupo de medicamentos antineoplásicos excluyéndolos de la lista por no cumplir ningún criterio de peligrosidad (ácido aminolevulínico, aminolevulinato metilo, bevacizumab, cetuximab, ibrutinib, lapatinib, obituzumab y rituximab). A pesar que el INSHT excluye alguno de los anticuerpos monoclonales, no se hace mención del alemtuzumab.

Por una parte, en la clasificación del Centro Internacional de Investigación sobre el cáncer (IARC, en sus siglas en inglés), el alemtuzumab no se encuentra dentro de ningún grupo. Además, en la normativa NTP 740 de la INSHT asegura que la no clasificación como cancerígeno en esta lista no implica necesariamente que no presente este carácter, sino que no consta su clasificación como tal.

Por el contrario, se ha argumentado que los anticuerpos monoclonales pueden carecer de peligrosidad debido a que su mayor peso molecular actúa como barrera frente a la exposición dérmica. Sin embargo, no existe evidencia significativa para respaldar esta afirmación.

Material y métodos

DISEÑO

Se realizó una revisión bibliográfica mediante consultas de las bases de datos electrónicas, de artículos científicos publicados y no publicados, en fichas técnicas del Centro de Información del medicamento como la Agencia Europea del Medicamento y el INSHT.

ISBN: 978-84-949197-6-3

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

En primer lugar, se realizó una búsqueda electrónica utilizando los términos MeSH y DeCS identificados en el sistema de Medline.

Los términos utilizados para la búsqueda fueron: anticuerpos monoclonales, citostáticos, alemtuzumab, United States Food and Drug Administration y esclerosis múltiple.

Dichas palabras se utilizaron en las siguientes bases de datos: Medline, Cochrane Library Plus y Cuiden.

Se introdujo en Pubmed la siguiente estrategia de búsqueda

- Multiple sclerosis OR hazardous drug AND monoclonal antibodies.
- Alemtuzumab OR biological therapy AND sclerosis multiple.
- Lemtrada AND alemtuzumab.
- CD52 Antigen AND monoclonal antibody.
- Safety AND alemtuzumab AND administration

Además, se procedió la búsqueda en otras fuentes como literatura gris y en Google Académico en inglés y en español.

Criterios de inclusión: Revisiones o guías clínicas escritas en inglés o español, publicadas en los últimos 10 años, unidades de estudio que incluyen citostáticos, anticuerpos monoclonales, neurología y/o alemtuzumab y artículos de acceso gratuito.

Criterios de exclusión: Escritos en un idioma diferente al inglés o español, publicaciones anteriores al 2009 y literatura gris, a excepción de cuyo resumen resultara interesante a juicio de los investigadores.

Se han incluido en este estudio un total de 14 artículos a través de búsqueda de bases de datos y registros identificados a través de otras fuentes.

DISCUSIÓN

En la década de 1970, surgieron las primeras preocupaciones sobre la exposición laboral de los medicamentos antineoplásicos. Aunque éstos siguen siendo el foco de alarma, existen otros fármacos que también pueden considerarse peligrosos ya que, a largo plazo una exposición en pequeñas cantidades es realmente potente y causan efectos irreversibles. Sin embargo, hay poco conocimiento sobre el riesgo laboral que representa el manejo de anticuerpos monoclonales.

En una publicación del Centers for Disease Control and Prevetion asegura que los procedimientos utilizados en la preparación de los medicamentos identificados como peligrosos deben aplicarse a la preparación de anticuerpos monoclonales. La preparación debe realizarse en un gabinete de seguridad biológica usando procedimientos adecuados y equipo de protección personal. Seguir estas pautas protegerá tanto la integridad del anticuerpo monoclonal como la salud del trabajador.

Por otra parte, se ha argumentado que el mayor peso molecular de los MAB (140–150 kDa) puede prevenir su absorción dérmica a través de la exposición laboral. A pesar de esto, existe preocupación en la salud laboral es si estos medicamentos pueden alcanzar un nivel detectable a través

de la exposición cutánea periódica. Sin embargo, esta afirmación no parece estar respaldada por evidencia directa.

Conclusión

Los nuevos agentes están emergiendo rápidamente en la práctica clínica, y el personal de salud tiene pocos recursos para evaluar el riesgo y brindar recomendaciones de seguridad. Por tanto, se requiere con urgencia una guía basada en evidencia que sea capaz de dirigir las prácticas de manejo seguro para medicamentos que se desconoce aún su potencial y para los nuevos que ingresan continuamente en el mercado.

Aunque un peso molecular grande puede ser una barrera para la exposición laboral, el Instituto Nacional para la Seguridad y la Salud Ocupacional (NIOSH, sus siglas en inglés) no ha considerado que sea suficiente para admitir que todos los MAB no presenten ningún riesgo laboral en virtud de su peso molecular.

En conclusión, a nuestro entender no hay datos que indiquen que el mayor peso molecular sea una barrera efectiva para alcanzar un nivel detectable. Por lo tanto, en ausencia de evidencia confirmatoria, el principio de precaución indicaría que la exposición repetida de los trabajadores de la salud a estos medicamentos se debe mantener al mínimo a menos que se tomen las medidas de protección adecuadas.

Bibliografía:

1. King J, Alexander M, Byrne J, MacMillan K, Mollo A, Kirsa S, et al. A review of the evidence for occupational exposure risks to novel anticancer agents – A focus on monoclonal antibodies. J Oncol Pharm Pract. 2016 Feb 16 ;22(1):121–34.
2. Riera R, Porfírio GJ, Torloni MR. Alemtuzumab for multiple sclerosis. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Apr 15.
3. De Lemos ML, Badry N, Kletas V, Fabbro J, Tew A. Safe handling of monoclonal antibodies: Too large to be hazardous? J Oncol Pharm Pract. 2018 Apr 16;24(3):218–20.

Capítulo 3

¿Las vacunas provocan autismo?

Villalobos Martín-Moreno, Ana Belén

León Romero, Maria Jesús

Hidalgo Benitez, Beatriz

Carrasco Murcia, María José

Sánchez Hermoso, Lorena

León Carrasco, Marina

¿LAS VACUNAS PROVOCAN AUTISMO?

INTRODUCCION

-El **Trastorno del Espectro Autista** (TEA) es un grupo de trastornos complejos del desarrollo cerebral (neurodesarrollo). Estos trastornos se caracterizan por presentar diversos grados de dificultad en la interacción y la comunicación social, así como por la tendencia a realizar conductas repetitivas. No sabemos con seguridad el número de casos que existen en España, ya que no hay estudios poblacionales ni censos oficiales. Las cifras de estudios epidemiológicos realizados en Europa dan una prevalencia de aproximadamente 1 caso de TEA por cada 100 nacimientos (Autism Europe aisbl 2015). En estudios realizados en EEUU en 2012, los datos son de 1 por cada 88 nacimientos.
-Se entiende por **vacuna** cualquier preparación destinada a generar inmunidad contra una enfermedad estimulando la producción de anticuerpos (OMS). El método más habitual para administrar las vacunas es la inyección, aunque algunas se administran con un vaporizador nasal u oral.
-Existe un temor en la sociedad (más acentuado con la **vacuna triple vírica**) que relaciona la administración de vacunas, con la aparición de TEA. ¿Es fundamentado este temor? ¿Debemos limitar el uso de vacunas para disminuir la incidencia de este trastorno?

OBJETIVOS

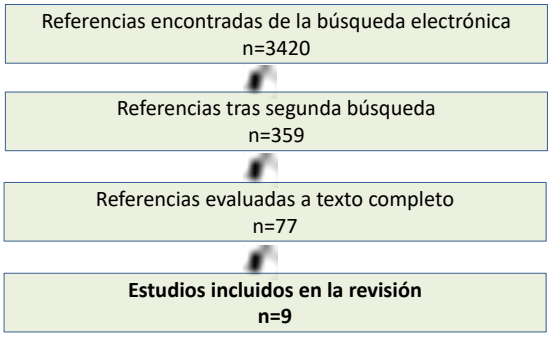
Conocer la relación existente entre las vacunas y el desarrollo de alguno de los trastornos del espectro autista (TEA)

MATERIAL Y METODO

-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 relación existente entre vacunación y aparición o potenciación de TEA.
-La búsqueda se realizó en el mes de Marzo de 2019. La fuente bibliografia consultada Google Académico. Las palabras clave utilizadas "vacuna" y "autismo" en primera búsqueda, añadiendo "triple vírica" en la segunda. No se utilizó ningún termino clave para definir intervenciones, tratamientos, diagnósticos o resultados que pudieran acotar la búsqueda.

RESULTADO

-Se localizaron 3420 artículos. De los cuales escogimos 359 que tenían las características definitorias utilizadas. **Finalmente nos quedamos con 9 artículos por su adecuación a nuestra búsqueda**.
-Las recomendaciones elaboradas, están basadas en las conclusiones y recomendaciones de los documentos seleccionados a raíz de la búsqueda.
-Tras la revisión bibliográfica concluimos con la **NO RELACIÓN** entre las vacunas en general, ni la triple víricas en particular, con la aparición del trastorno del espectro autista.
-En los casos en que anteriormente se publicaron artículos asegurando que había relación, posteriormente se han retractado.
-Las vacunas son seguras y disminuyen la prevalencia de las enfermedades para las que fueron diseñadas sin aumentar el riesgo de padecer TEA.



ESTUDIO	PAIS	DISEÑO	N	EDAD	INTERVENCIÓN	RESULTADOS
Anjali Jani M.D. 2015	EEUU	Estudio de cohortes retrospectivo	95727	2-5 años con hermanos	Observación tras vacunación	La vacunación no aumentó el riesgo
Tailor 2014	Australia	Metaanálisis	10	Artículos científicos	Lectura y análisis	No existe relación
Trilla 2015	España	Revisión bibliográfica	20	Evidencia científica	Análisis	No hay relación
Segura 2012	España	Revisión bibliográfica	16	Artículos científicos	Lectura y análisis	No existe evidencia de relación
Cáceres Bermejo 2012	España	Revisión bibliográfica	23	Evidencia científica	Lectura y análisis	No vacunar conlleva otros riesgos mayores
J.M. Corregat 2004	España	Revisión bibliográfica	41	Artículos científicos	Lectura y análisis	No hay relación
A Whittembury 2009	Perú	Revisión bibliográfica	76	Artículos científicos	Lectura y análisis	Buscar causa del autismo en otro sitio
Artigas-Pallares 2010	España	Revisión bibliográfica	72	Evidencia científica	Análisis	Vacunas no intervienen en TEA
K.M. Madsen 2002	Dinamarca	Estudio cohortes prospectivo	537303	Niños en edad de vacunación	Vacunación y observación	No hay relación

CONCLUSIONES

-Como conclusión podemos afirmar que no existe relación entre la vacunación y la aparición de algún trastorno de espectro autista. Estos solo se desarrollan en personas predispuestas genéticamente por la influencia de factores ambientales.
Recomendamos la realización de charlas para padres y madres con hijos en edad de vacunar para informar y aliviar sus temores.

Resumen: *Con este trabajo hemos desarrollado y concluido la nula relación existente entre vacunación de forma general y la vacuna triple vírica de forma particular con respecto el desarrollo de algunos de los trastornos del espectro autista (TEA). Con esto eliminamos falsas creencias en la población y verificamos la seguridad de las vacunas frente a las enfermedades para las que fueron diseñadas sin relación alguna frente al autismo.*

Palabras Clave: *Vacunas; autismos; triple vírica.*

Introducción:

El Trastorno del Espectro Autista(TEA) es un grupo de trastornos complejos del desarrollo cerebral (neurodesarrollo). Las vacunas son preparados destinados a generar inmunidad contra enfermedades de tal forma que las vacunas estimulan la formación de anticuerpos. En la sociedad ha existido un temor que ha repercutido en el número de población vacunada con una disminución de esta, ya que se ha extendido la creencia de que ciertas vacunas (más en concreto la triple vírica), estaba relacionada con la aparición de algunos TEA.

Objetivos:

Existencia o no, de la relación entre vacunas y desarrollo de alguno de los TEA.

Material y método:

Se realiza una búsqueda sistemática en la literatura usando estrategias de búsqueda estructuradas según el formato PICO (población, intervención, comparación y resultados). La fuentes bibliográfica consultada fue Google Académico, y como palabras claves utilizamos «Autismo», «Vacunas» y «Triple vírica». Tras encontrar un total de 3420 referencias (n) fuimos descartando y evaluando hasta quedarnos con un total de 9 estudios incluidos en la revisión.

Conclusiones:

Como conclusión, podemos afirmar que no existe relación entre la vacunación y la aparición de algún trastorno de espectro autista. Estos solo se desarrollan en personas predispuestas genéticamente y bajo la influencia de ciertos factores ambientales.

También concluimos con la recomendación por parate del personal sanitario para que puedan realizar charlas a padres y madres con hijos en edad de vacunar para informar y aliviar sus temores.

Bibliografía:

1. Tailor 2014 (Australia). Metaanálisis. Artículo científico.
2. Segura 2012 (España). Revisión bibliográfica. Artículo científico.
3. DM 2015 (EEUU). Estudio de cohortes retrospectivo.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Capítulo 4

¿Puede enfermería favorecer el inicio de la lactancia materna?

Bermejo Cruz, Sara

¿PUEDE ENFERMERÍA FAVORECER EL INICIO 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 si hay algún factor que influya en el inicio de la LM que pueda ser alterado por enfermería.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal realizado sobre 184 sujetos. La información se recogió mediante un cuestionario anónimo rellenado por las pacientes. El análisis bivariante de los datos se hizo mediante la Ji cuadrado de Pearson, y el análisis estadístico, con el programa SPSS versión 20.0.

- De las 184 mujeres, el inicio de la LM se dio en el 85'3%, y el 67'9% mantenía la LME en el momento del alta hospitalaria.
- El 74'5% de las mujeres afirmaba haber recibido información sobre LM en el centro de salud, el 28'3% había recibido información en la planta de maternidad, y solo el 10'9% en el paritorio.
- El inicio de la lactancia materna se dio en un 72% en las mujeres con un nivel bajo de conocimientos sobre LM, en un 83'3% en mujeres con un nivel medio, y en un 93'7% en mujeres con un nivel alto. Por lo que podemos afirmar que el nivel de conocimientos sobre LM de las madres influye en el inicio de ésta.
- Con el tipo de lactancia ocurre igual que con el inicio de la lactancia. Solo el 36% de mujeres con un nivel bajo de conocimientos daba LME (el 44% daba LM mixta); el 68'8% del grupo de nivel medio daba LME (el 25% daba LM mixta); y el 79'4% de mujeres con nivel alto de conocimientos sobre LM daba LME a su bebé (el 20'6% daba LM mixta). De hecho, en este último grupo no se dio ningún caso de lactancia artificial.

CONCLUSIONES

- Un buen nivel de conocimientos favorece el inicio y prevalencia de LM.
- Aún puede mejorarse el porcentaje de mujeres que reciben información sobre LM, teniendo en cuenta que lo ideal sería el 100% tanto en centro de salud como en maternidad y paritorio.
- Resulta **crucial** el apoyo de enfermería a lo largo del embarazo en el centro de salud, pero también **en el momento del amamantamiento**, ya que los padres al **tener presente la figura de la enfermera** se sentirán más seguros, y además así la enfermera puede, no sólo dar información, sino también corregir posibles errores y resolver las dudas que les vaya surgiendo sobre la marcha.

Resumen: *La OMS (Organización Mundial de la Salud) recomienda lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y como complemento de otros alimentos hasta los dos años. Pese a los beneficios que presenta su cumplimiento, aún no se han conseguido unas buenas tasas de lactancia. En este aspecto, es muy importante la intervención del personal sanitario, no solo presentando la lactancia materna como mejor opción, sino también aumentando el grado de conocimiento de las madres para mejorar la adherencia.*

Palabras Clave: *Enfermería; inicio; lactancia materna.*

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 –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 si hay algún factor que influya en el inicio de la LM que pueda ser alterado por enfermería.

Material y método

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal realizado sobre 184 sujetos. La información se recogió mediante un cuestionario anónimo rellenado por las pacientes. El análisis bivariante de los datos se hizo mediante la Ji cuadrado de Pearson, y el análisis estadístico, con el programa SPSS versión 20.0.

Resultados

De las 184 mujeres, el inicio de la LM se dio en el 85’3 %, y el 67’9 % mantenía la LME en el momento del alta hospitalaria.

El 74’5 % de las mujeres afirmaba haber recibido información sobre LM en el centro de salud, el 28’3 % había recibido información en la planta de maternidad, y solo el 10’9 % en el paritorio.

El inicio de la lactancia materna se dio en un 72 % en las mujeres con un nivel bajo de conocimientos sobre LM, en un 83’3% en mujeres con un nivel medio, y en un 93’7 % en mujeres con un nivel alto. Por lo que podemos afirmar que el nivel de conocimientos sobre LM de las madres influye en el inicio de ésta.

Con el tipo de lactancia ocurre igual que con el inicio de la lactancia. Solo el 36 % de mujeres con un nivel bajo de conocimientos daba LME (el 44 % daba LM mixta); el 68’8 % del grupo de nivel medio daba LME (el 25 % daba LM mixta); y el 79’4 % de mujeres con nivel alto de conocimientos sobre LM daba LME a su bebé (el 20’6 % daba LM mixta). De hecho, en este último grupo no se dio ningún caso de lactancia artificial.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Conclusiones

Un buen nivel de conocimientos favorece el inicio y prevalencia de LM.

Aún puede mejorarse el porcentaje de mujeres que reciben información sobre LM, teniendo en cuenta que lo ideal sería el 100 % tanto en centro de salud como en maternidad y paritorio.

Resulta crucial el apoyo de enfermería a lo largo del embarazo en el centro de salud, pero también en el momento del amamantamiento, ya que los padres al tener presente la figura de la enfermera se sentirán más seguros, y además así la enfermera puede, no sólo dar información, sino también corregir posibles errores y resolver las dudas que les vaya surgiendo sobre la marcha.

Bibliografía:

1. Otal-Lospaus S, Morera-Llánez L, Bernal-Montañes MJ, et al. El contacto precoz y su importancia en la lactancia materna frente a la cesárea. Matronas Prof. 2012; vol. 13 (1): 3-8.
2. Bibbins-Domingo K, Grossman D, Curry S, et al. Primary Care Interventions to Support Breastfeeding. JAMA. 2016; vol. 316 (16): 1688-1693.
3. Pereda Goikoetxea B, Etxaniz Elosegi I, Aramburu Aliaga I, et al. Beneficios de las intervenciones profesionales de apoyo en la lactancia materna. Matronas Prof. 2014; vol. 15 (2): e1-e8.
4. García Casanova MC, García Casanova S, Pi Juan M, et al. Lactancia materna: ¿puede el personal sanitario influir positivamente en su duración? Aten. Primaria. 2005; vol. 35 (6): 295-300.
5. Fernández Varela JM, González Figueras R, Landesa García C, et al. Influencia de los programas de preparación al parto en la elección y el mantenimiento de la lactancia materna. Matronas Prof. 2001; vol. 2 (5): 40-44.

Capítulo 5

¿Qué conocen los universitarios sobre los métodos anticonceptivos?

Montes Mansilla, Marta

Plaza Campos, Beatriz

Velázquez Peña, Manuel Jesús

¿QUE CONOCEN LOS UNIVERSITARIOS SOBRE LOS MÉTDDOS ANTICONCEPTIVOS?

INTRODUCCIÓN

La conducta sexual es algo que nos acompaña a lo largo de la vida por lo que debemos tener un gran conocimiento, destacando las conductas con mayor influencia en la etapa universitaria. En el ámbito sanitario se reúnen datos alarmantes de embarazos e ITS en la población joven. La familia y las amistades establecen la principal fuente de información sexual, seguida de la escuela y el centro de salud. La sexualidad puede aprenderse indirectamente de Internet; como ventaja puede haber información útil y como desventaja con mitos, pornografía, machismo, etc. Por todo ello es una gran problemática española ya que no hay protocolos oficiales y cada territorio legisla por su cuenta por lo que crea desigualdades.

OBJETIVOS

→ Determinar el grado de conocimiento de los métodos anticonceptivos e ITS que tienen los estudiantes de Historia y Enfermería.
→ Analizar las actitudes de los métodos anticonceptivos e infecciones de transmisión sexual que tienen los estudiantes de Historia y Enfermería.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio descriptivo comparativo de corte transversal, en el que se analiza los datos obtenidos con el cuestionario en una muestra de 93 universitarios del curso 2016/2017, siendo un 68% de Enfermería y un 25% de Historia. Los criterios inclusión fueron estar matriculados y tener mas de 18 años y de exclusión si eran extranjeros. El cuestionario costaba de 42 preguntas algunas de respuesta única o múltiple y con un custioraio adhoc, haciendo una adaptación por la autora de otros cuestionarios. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS.

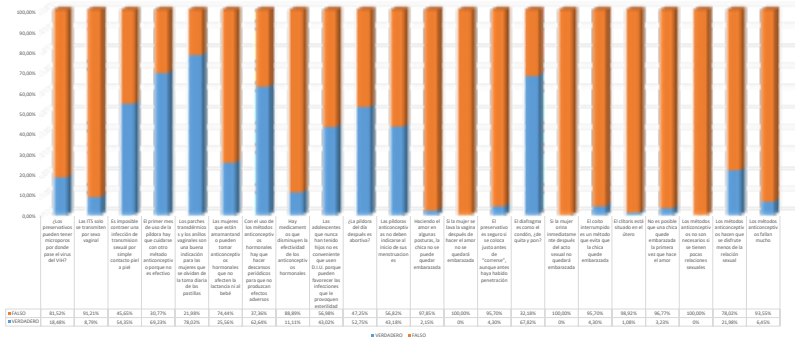


Grafico 1. Distribución del grado de conocimiento teniendo en cuenta las preguntas individualmente

RESULTADOS

Los resultados ponen de manifiesto que se obtuvo una alta participación, siendo mas alta en los cursos de 1º y 4º. La edad media fue de 21, 76 (18-52) y la edad de inicio de relaciones sexuales de 16,66 (14-21). Un 61% tiene pareja y sobre practicar sexo con riesgo rara vez un 32,3%, siendo el motivo 19% cree que sabe controlar y un 17% refiere que disfruta menos con la utilización de métodos anticonceptivos.
La situación actual de los que un 72% usan métodos anticonceptivos de los cuales un 73% es el preservativo y un 18% es la píldora. Y los que un 24% no utilizan métodos anticonceptivos un 26,3% la decisión es por cuenta propia y un 15% tomada por la pareja.
Un 68% cree que tiene una educación adecuada sobre métodos anticonceptivos y un 28% refiere que no la tiene. Y sobre las ITS un 51% tiene educación adecuada y un 39% cree que no la tiene.

DISCUSIÓN

Respecto a las respuestas correctas cuantitativas que figura en la tabla 1, no hay diferencias significativas por no afecta al grado de conocimiento ni la edad de inicio de la relación sexual ni la edad actual.
Por otro lado, las respuesta cualitativas si hay diferencias respecto a:
- Estudios: en enfermería mas respuestas correctas que pueden verse influidos por las asignaturas.
- Pareja: los que tienen pareja obtuvieron respuestas más altas por lo que pueden estar mas informados.
- Educación adecuada sobre ITS: lo que creen que tienen adecuada información sobre ITS resolvieron mas preguntas ya que puede verse influido porque tuvieron mayor información al respecto.
- Orientación recibida: las respuestas correctas mas elevadas fueron obtenidas por los que si recibieron orientación sobre anticoncepción por lo que pudo verse influido por ese conocimiento previo.
Hay una gran diferencia entre lo que creen saber y lo que saben realmente, induce a una menor percepción del riesgo y actitud preventiva errónea.

Variables	*Estadistica*	*Edad*	*Respuesta correcta (total preguntas 22)*	*¿Con que edad comenzó a tener relaciones sexuales?*
Edad:	Correlación de Pearson	1	0,151	-0,054
	Sig. (bilateral)		0,15	0,614
	N	93	93	88
Respuestas correctas	Correlación de Pearson	0,151	1	-0,169
	Sig. (bilateral)	0,15		0,115
	N	93	93	88
¿Con que edad comenzó a tener relaciones sexuales?	Correlación de Pearson	-0,054	-0,169	1
	Sig. (bilateral)	0,614	0,115	
	N	88	88	88

Tabla 1. Análisis de las correlaciones: entre la edad, edad de inicio de relaciones sexuales y el grado de conocimiento.

Variables		Respuestas correctas			
		Media	Desviación típica	Valor t	Valor p
Sexo	Femenino	16,21	1,97	1,844	0,068
	Masculino	15	3,02		
Estudios	Enfermería	16,5	2	3,499	0,001
	Historia	14,84	2,12		
¿Tienes pareja?	Si	16,49	2,13	2,294	0,024
	No	15,37	2		
	Esporádica	14,83	1,33		
	No responde	16,33	3,51		
¿Crees que tienes una educación adecuada sobre Métodos anticonceptivos?	Si	16,34	2,12	1,557	0,123
	No	15,58	2,12		
	No sabe/ No contesta	14	1,73		
¿Crees que tienes educación adecuada sobre ITS (Infección de Transmisión Sexual)?	Si	16,9	1,89	4,136	0,000
	No	15,11	2,08		
	No sabe/ No contesta	15,38	2,07		
¿Has recibido alguna vez orientación sobre anticonceptivos?	Si	16,39	1,9	3,449	0,001
	No	14,67	2,33		
	No sabe/ No contesta	19	1,41		
¿Utiliza algún método anticonceptivo actualmente?	Si	16,15	2,21	0,381	0,704
	No	15,96	1,8		
	No sabe/ No contesta	15	3,16		

Tabla 2. Caracteristicas del grado de conocimiento con las respuestas correctas respecto a algunas variables.

CONCLUSIONES

A día de hoy a pesar de toda la información sobre sexualidad los jóvenes se encuentran con barreras para acceder a la información en los servicios de salud e incluso en sus propias familiar.
Esta situación provoca en muchos de ellos que no posean una información veraz y se guían por sus propios impulsos, mitos o experiencias de sus amigos y no tienen un buen uso de la anticoncepción, por lo que se propone aumentar el uso de nuevas tecnologías como herramienta para dar información mas fiable. Por lo tanto, queda mucho trabajo para emplear en educación sexual realizando promoción y prevención de esta problemática tan general. También se destaca la importancia de mantener relaciones seguras y que no siempre son así, además de un uso adecuado de los anticonceptivos.

1. Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health Defining sexual health. 2002. 2. García F AEA. Sexualidad y anticoncepción en jóvenes universitarios en Albacete. Rev Enfermería. 2001; Núm 14:12–20. 3. OMS | Salud reproductiva. WHO. 2016. 4. OMS | Planificación familiar. WHO. 2016. 5. Quirós IM, Rodríguez E, Julián S, Gago SM, Pallarés J, Coordinación G, et al. Jovenes y Sexo. 6. Organización de las Naciones Unidas para la Educación la C y la C. Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad. UNESCO. 2010. 7. OMS | Consulta sobre el Marco mundial en favor de la salud de los adolescentes. WHO. 2017. 8. Horvath MAH, Alys L, Massey K, Pina A, Scally M, Adler JR. A Rapid Evidence Assessment on the Effects that Access and Exposure to Pornography has on Children and Young People. 9. Santín Vilariño C, Torrico E, López M, Revilla C. Knowledge and use of the contraceptive methods and their relationship with the prevention of illnesses of sexual transmission in young. An Psicol. 2003;19(1):81–90. 10. Formación en sexualidad, afectividad y género. Ministerio de Educación. 2017. 11. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A. Salud sexual y reproductiva, y crisis económica en España. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014;28(S1):109–15. 12. Haxebrink N, Livingstone U, Haddon S, Olafsson L. Riesgos y seguridad en internet. 2009. 13. Martín A, Gómez I. Hábitos sexuales y dependencia de internet. Universidad de Cantabria 2015. 14. Beas R, Anduaga-Beramendi A, Maticorena-Quevedo J, Vizcarra-Melgar J, Manifio C. Are dating apps a public health issue? Medwave. 2016;16(8):e6536–e6536. 15. Ballester Brague L, Orte Socias C, Pozo Gordaliza R. Estudio de la nueva pornografía y relación sexual en jóvenes. Andull Rev andaluza ciencia. 2014;165–78. 16. Oliva E, Riestra R, Chamizo C, González M, Mirón M, Mendolagotia L. ¿Qué experiencias, actitudes y comportamientos tienen los adolescentes españoles ante la contracepcion? Cult los Cuid. 2003;59–70. 17. Larrañaga E, Yubero S, Yubero M, Mancha UDC. Influencia del género y del sexo en las actitudes sexuales de estudiantes universitarios españoles. 2012;9:5–13. 18. Lucas Lago, Ana María. Tizón Bouza, Eva. Porto Esteiro, Marta. Fernández Mínguez C. La importancia de enfermería en la educación sexual plural durante los primeros años de la adolescencia: rompiendo estereotipos. Ene, Rev Enfermería. 2014;8(2):1–4. 19. Rodríguez M, Muñoz R, Sánchez I. Conocimientos y actitudes sobre sexualidad en adolescentes de primer curso de grado en educación infantil y primaria de la Universidad de Jaén. Rev electrónica Trimest enfermería. 2016;(41):164–73. 20. Olivera C, Bestard AM, Feli L, Brizuela S, Bujardón A. Estrategia educativa sobre sexualidad sana en adolescentes. Humanidades Médicas. 2014;14(3):629–45. 21. Sociedad Española de Contracepción. La encuesta de Anticoncepción SEC 2014. 2014. 22. Torrico Linares E, López López MJ, Revilla Delgado C, Santín Vilariño C. Conocimiento y utilización de los métodos anticonceptivos y su relación con la prevención de enfermedades de transmisión sexual en jóvenes. An Psicol. 2003;19(1):81–90. 23. Arza T, Uria D. The post-coital pill : use and abuse in teenagers . Universidad de Cantabria; 2014. 24. Lituania Rodríguez De Ávila, Johanna Bocanegra Sandoval, Edilberto Maestre Olfate SLG. Attitudes about opinions and practices in students of birth control a faculty of humanities in Santa Marta. Duazary Rev Int Ciencias la Salud. 2017;14(1):25–34. 25. Mira AN, Cañado RR. Análisis sociológico de los factores de riesgo sexual en la población universitaria: un estudio comparativo. Index de Enfermería. 2015;24(1):40–3. 26. A. BH. Estilo de vida de los adolescentes y jóvenes y el impacto de la enfermería 2016. Universidad de Cantabria; 2016. 27. Munive MV. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual entre estudiantes de los primeros semestres de enfermería. Duazary. 2013;7(2):211–8. 28. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Sanidad. 2011. 29. Adolescente. Programa Adolescente 12/20 – IOMA. 30. Garc D, Centro P. Risky sexual behaviour in Spanish adolescents Cuidados. 2014;2:38–61. 31. Rivero M, Alba P, Delgado S, Eva M, Eva M, Márquez A, et al. Biblioteca las casas – Fundación Index. 2009;5(1).

Resumen: *La conducta sexual es algo que nos acompaña a lo largo de la vida por lo que debemos tener un gran conocimiento. El objetivo del estudio es determinar el grado de conocimiento y actitudes ante métodos anticonceptivos e infecciones de transmisión sexual que tienen los estudiantes de Historia y Enfermería de la facultad de Ciudad Real. Se ha realizado un estudio descriptivo comparativo de corte transversal, en el que se analiza los datos obtenidos en una muestra de 93 universitarios del curso 2016/2017.Los resultados ponen de manifiesto que hay algunas diferencias significativas por las que afectan al grado de conocimiento.*

Palabras Clave: *Anticonceptivos; Enfermedades de Transmisión Sexual; Conocimiento.*

Introducción

La conducta sexual es algo que nos acompaña a lo largo de la vida por lo que debemos tener un gran conocimiento, destacando las conductas con mayor influencia en la etapa universitaria. En el ámbito sanitario se reúnen datos alarmantes de embarazos e ITS (Infecciones de Transmisión Sexual) en la población joven. La familia y las amistades establecen la principal fuente de información sexual, seguida de la escuela y el centro de salud. La sexualidad puede aprenderse indirectamente de Internet; como ventaja puede haber información útil y como desventaja con mitos, pornografía, machismo, etc. Por todo ello es una gran problemática española ya que no hay protocolos oficiales y cada territorio legisla por su cuenta por lo que crea desigualdades.

Objetivo

Determinar el grado de conocimiento y analizar las actitudes de los métodos anticonceptivos e ITS que tienen los estudiantes de Historia y Enfermería.

Material y método

Se ha realizado un estudio descriptivo comparativo de corte transversal, en el que se analiza los datos obtenidos con el cuestionario en una muestra de 93 universitarios del curso 2016/2017, siendo un 68 % de Enfermería y un 25 % de Historia. Los criterios inclusión fueron estar matriculados y tener mas de 18 años y de exclusión si eran extranjeros. El cuestionario costaba de 42 preguntas algunas de respuesta única o múltiple y con un cuestionario adhoc, haciendo una adaptación por la autora de otros cuestionarios. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS.

Resultados

Los resultados ponen de manifiesto que se obtuvo una alta participación, siendo mas alta en los cursos de 1º y 4º. La edad media fue de 21, 76 (18-52) y la edad de inicio de relaciones sexuales de 16,66 (14-21). Un 61 % tiene pareja y sobre practicar sexo con riesgo rara vez un 32,3 %, siendo el motivo 19 % cree que sabe controlar y un 17 % refiere que disfruta menos con la utilización de métodos anticonceptivos.

La situación actual de los que un 72 % usan métodos anticonceptivos de los cuales un 73 % es el preservativo y un 18 % es la píldora. Y los que un 24 % no utilizan métodos anticonceptivos un 26,3 %

ISBN: 978-84-949197-6-3

la decisión es por cuenta propia y un 15 % tomada por la pareja.

Un 68 % cree que tiene una educación adecuada sobre métodos anticonceptivos y un 28 % refiere que no la tiene. Y sobre las ITS un 51 % tiene educación adecuada y un 39 % cree que no la tiene.

Respecto a las respuestas correctas cuantitativas que figura en la tabla 1, no hay diferencias significativas por no afecta al grado de conocimiento ni la edad de inicio de la relación sexual ni la edad actual.

Por otro lado, las respuesta cualitativas sí hay diferencias respecto a:

- Estudios: en enfermería mas respuestas correctas que pueden verse influidos por las asignaturas.
- Pareja: los que tienen pareja obtuvieron respuestas más altas por lo que pueden estar mas informados.
- Educación adecuada sobre ITS: lo que creen que tienen adecuada información sobre ITS resolvieron mas preguntas ya que puede verse influido porque tuvieron mayor información al respecto.
- Orientación recibida: las respuestas correctas mas elevadas fueron obtenidas por los que si recibieron orientación sobre anticoncepción por lo que pudo verse influido por ese conocimiento previo.

Hay una gran diferencia entre lo que creen saber y lo que saben realmente, induce a una menor percepción del riesgo y actitud preventiva errónea.

A día de hoy a pesar de toda la información sobre sexualidad los jóvenes se encuentran con barreras para acceder a la información en los servicios de salud e incluso en sus propias familiar.

Esta situación provoca en muchos de ellos que no posean una información veraz y se guían por sus propios impulsos, mitos o experiencias de sus amigos y no tienen un buen uso de la anticoncepción, por lo que se propone aumentar el uso de nuevas tecnologías como herramienta para dar información mas fiable. Por lo tanto, queda mucho trabajo para emplear en educación sexual realizando promoción y prevención de esta problemática tan general. También se destaca la importancia de mantener relaciones seguras y que no siempre son así, además de un uso adecuado de los anticonceptivos.

Bibliografía:

1. OMS | Salud reproductiva. WHO [Internet]. 2016.
2. Ballester Brague L, Orte Socias C, Pozo Gordaliza R. Estudio de la nueva pornografía y relación sexual en jóvenes. Anduli Rev andaluza ciencias … [Internet]. 2014;165–78.
3. Larrañaga E, Yubero S, Yubero M, Mancha UDC. Influencia del género y del sexo en las actitudes sexuales de estudiantes universitarios españoles. 2012;9:5–13.

Capítulo 6

¿Qué sabemos sobre la farmacogenética?

Terán Boaben, Marta

Rivero Merino, Irene

Terriza Cabrera, Nuria María

¿QUÉ SABEMOS SOBRE LA FARMACOGENÉTICA?



INTRODUCCIÓN: La farmacología estudia la acción de los medicamentos y de otras sustancias en los organismos vivos y, la genética es la ciencia de la transmisión hereditaria de los caracteres biológicos, por lo tanto, *la farmacogenética (PG)*, está situada en la confluencia de esas dos disciplinas y, estudia la influencia de los caracteres hereditarios en la reactividad individual a los medicamentos (1), también se puede definir como el estudio de la respuesta farmacológica del individuo según el genotipo, o dicho de otra manera, el estudio del papel de la herencia en la variación individual de la respuesta farmacológica, tanto en lo que se refiere a eficacia en la respuesta como a efectos adversos. Aunque generalmente es un término utilizado para referirse al estudio de los genes relacionados con el metabolismo de los fármacos, en la actualidad se extiende también a todos los factores involucrados en la farmacocinética y farmacodinámica (receptores, transportadores, enzimas, canales iónicos, etc.) (2).

El estudio de la PG evidencia el rol de la herencia en la respuesta individual a la terapia establecida, facilitando seleccionar el fármaco y la dosis individual para cada paciente en una situación precisa (3).

La incorporación de *pruebas farmacogenéticas (PGx)* en la atención del paciente tiene el potencial de mejorar los resultados clínicos, disminuir la duración del tratamiento, disminuir el costo del tratamiento y disminuir los efectos adversos de la terapia con medicamentos (4).

OBJETIVO: Dar a conocer los avances de la PG en los últimos años. En los inicios de la PG se pusieron muchas esperanzas en lograr buenos resultados, en poco tiempo y para todo el mundo. Para ello se desarrollaron ensayos clínicos con TG nuevas, pero no tuvieron el resultado esperado.

El objetivo secundario es saber de donde se partia, las expectativas que se crearon y que se ha logrado.

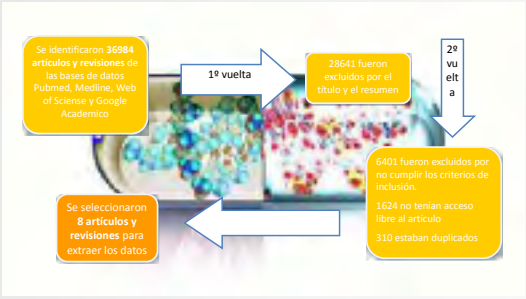


Figura 1. Diagrama de flujo

MATERIAL Y MÉTODO: Las palabras claves utilizadas fueron: "pharmacogenetic" OR "farmacogenética".

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Artículos y revisiones realizados desde 01 de Enero de 2012 hasta 31 de Diciembre de 2018.
- Artículos y revisiones publicados en inglés y español.
- Sin restricción de sexo, origen étnico o duración del seguimiento.
- No se centren en una enfermedad determinada.
- Que hablen sobre la Farmacogenética, su evolución en el tiempo y su repercusión en los tratamientos actuales.



ESTUDIO	AUTORES	OBJETIVO	RESULTADOS
Personalized medicine: is it a pharmacogenetic mirage? (5) 2012	Shah RR.; Shah DR.	Explorar si la medicina personalizada es una realidad clínica actualmente o solo es un espejismo de la aplicación presuntuosa de los principios de la PG a la medicina clínica.	Con los datos disponibles, sugieren la necesidad de: - Reprimir la exuberancia actual de cómo se promueve la medicina personalizada sin tener en cuenta los datos disponibles, - Impartir un sentido de realismo a las expectativas y limitaciones de la medicina personalizada - Enfatizar en el genotipado previo al tratamiento.
The Potential Impact of Pharmacogenetic Testing on Medication (6) 2013	Haga SB.; Allen LaPointe NM.	Descubrir los mecanismos potenciales por los que las PGx pueden afectar en el comportamiento de la toma de medicamentos, ya sea positiva o negativamente.	- Las decisiones terapéuticas informadas con PGx pueden resultar una menor carga para el paciente y los costos asociados de los medicamentos para el tratamiento y la atención de seguimiento requeridos para el manejo de los efectos adversos. Y esto, a su vez, influir positivamente o negativamente en el cumplimiento de la medicación. - EL no pautar un medicamento debido a los resultados de las PGx, puede generar una reclamación al médico para justificar su decisión y el posible impacto negativo en su rendimiento, clínica u hospital.
A 30-years Review on Pharmacokinetics of antibiotics: Is the right time for Pharmacogenetics? (7) 2014	Baietto L.; Corcione S.; Pacini G.; Di Perri G.; D`Avolio A.; De Rosa FG	Visión general de la PG de los antibióticos subrayando la importancia de un enfoque integrado para elegir la dosis correcta en la práctica clínica.	- La mayoría de los estudios de PG se centraron en los transportadores de fármacos implicados en la eliminación y distribución de fármacos, y aún faltan datos sobre la asociación entre los SNP y el efecto clínico. - Reconocen que en los últimos años se han identificado índices PK / PD predictivos de eficacia y toxicidad para casi todos los antibióticos y el uso de TDM en la práctica clínica se reconoce cada vez más como una herramienta para optimizar el tratamiento.
Comparison of Delivery Strategies for Pharmacogenetic Testing (8) 2014	Haga SB.; Moaddeb J.	Revisar los modelos preventivos (o prospectivos) y de atención de las PGx, y las ventajas y desventajas de cada enfoque.	- Integrar los resultados de las PGx de un paciente en el sistema puede promover la consideración de rutina por parte de los proveedores cuando se prescriben medicamentos. - Educar al proveedor (medico y/o farmacéutico) y al paciente, será una parte esencial del uso seguro y apropiado de las PGx.
Application of routine electronic health record databases for pharmacogenetic research (9) 2014	Yasmina A.; Deneer VHM.; Maitland-van der Zee AH.; Van Staa TP.; de Boer A.; Klungel OH.	Abordar el potencial de las bases de datos de salud de rutina como fuentes de datos para los estudios PG.	- Disponibilidad de bases de datos electrónicas de registros de salud de alta calidad que involucren información extensa sobre los pacientes para proporcionar datos confiables para la investigación PG.
Preemptive Clinical Pharmacogenetics Implementation: Current programs in five United States medical centers (4) 2016	Dunnenberger HM.; Crews KR.; Hoffman JM.; Caudle KE.; Broeckel U.; Howard SC.; Hunkler RJ.; Klein TE.; Evans WE.; Relling MV.	Determinar el uso de PGx como una herramienta clínica preventiva y cómo hacerlo.	- Un enfoque y modelo preventivo para la implementación clínica de las PGx. - Proporciona datos genómicos a los médicos y mejorar la prescripción de medicamentos en la clínica. - Proporcionar un acceso fácilmente disponible a los datos durante la vida del paciente. - Mejorar la estandarización y la interoperabilidad de los sistemas de registro de atención médica, la educación de los médicos y la comunicación entre estos y los pacientes.
Clinical Implementation of Pharmacogenetic Testing in a Hospital of the Spanish National Health System: Strategy and Experience Over 3 Years (10) 2017	Borobia AM, Dapia I, Tong HY, Arias P, Muñoz M, Tenorio J, Hernández R, García García I, Gordo G, Ramírez E, Frías J, Lapunzina P, Carcas AJ	Crear una unidad de farmacogenética para facilitar la integración de las PGx en la práctica clínica. Centrandose en dos ideas principales: i) individualización de las recomendaciones clínicas ii) genotipado preventivo en poblaciones de riesgo.	-Desarrollar un plan para la implementación de una UPG en LPUH a partir de la estrategia de genotipado habitual *ad hoc* (caso por caso). - Desarrollo de un método de genotipado asequible y fácil de usar: aplicación de una matriz de SNP personalizada (PharmArray) en la UPG. -Selección SNP y validación del método de análisis, para ver si los resultados obtenidos son fiables. -Estructura, funcionamiento y organización de la UPG. -Actividad de la UPG de 2014 a 2016 -Evaluación de la satisfacción del personal clínico y del paciente. -Estimación del coste derivado de la actividad.
Knowledge, perceptions and confidence of physicians and pharmacists towards pharmacogenetics practice in Kuwait (11) 2018	Albassam A, Alshammari S, Ouda G, Koshy S, Awad A	Se realizó una encuesta descriptiva transversal utilizando un cuestionario autoadministrado validado y probado previamente. Se repartió a médicos y farmacéuticos de los 6 hospitales públicos de Kuwait.	-Tasa de respuesta del 98,1%. -Los encuestados fueron expuestos a educación o capacitación en PG (8,9%), PGx aplicadas en su práctica (9,4%), o brindaron asesoramiento a los pacientes sobre los resultados de las PGx (9,1%) y más del 90%. de ellos eran médicos. -Porcentaje de puntaje de conocimiento total promedio fue bajo (45.0%) y no hubo diferencia significativa entre médicos y farmacéuticos (p> 0.05). -El 16.0% indicaron que se sentían confiados al aplicar la PG en sus entornos de práctica. -El 70.2% expresaron percepciones positivas generales sobre la PG y sus implicaciones clínicas.

PG: Farmacogenética; PGx: Pruebas de Farmacogenética; PK: Farmacocinética; PD: Farmacodinámica; SNP: Polimorfismo de nucleótido simple; TDM: Monitoreo de drogas terapéuticas; SNP: Análisis del genotipo; UPG: Unidad de farmacogenética; LPUH: Hospital Universitario La Paz



CONCLUSIONES: Existen avances en la PG desde sus inicios hasta ahora, pero debido a complicaciones en el pasado, resultados no esperados en algunos ensayos clínicos, que ralentizaron las investigaciones y los ensayos clínicos presentes y futuros, el elevado costo de estos y las implicaciones éticas y morales derivadas de estas prácticas, no se ha avanzado tanto como se preveía hace unos años cuando se empezó a investigar. La mayoría de los autores coinciden en que para continuar con el avance de la PG, se debería:

-Realizar una adecuada educación tanto del colectivo sanitario como de los pacientes y sus familias, para poder entender bien los resultados de estas pruebas y la correcta adecuación del tratamiento a seguir y crear una terapia individualizada, consiguiendo una mejor adherencia al tratamiento y una reducción de los costos en el gasto sanitario.

-Las PGx se pudieran realizar tanto en el ámbito hospitalario como en el de atención primaria, para mayor comodidad

-Que los resultados de las PGx fueran incluidos en bases de datos fiables y accesibles a todos los profesionales.

Para poder realizar todo esto, se debe incentivar la financiación, ya sea pública como privada (farmacéuticas y/o asociaciones), para el desarrollo de nuevos estudios y ensayos clínicos, multicéntricos y multirraciales, y conseguir nuevos resultados y nuevos descubrimientos en el campo de la medicina genética.

BIBLIOGRAFÍA: 1. **OMS.** *Serie de informes técnicos WTG24, Grupo científico de Farmacogenética.* Ginegra : OMS, 4-6 de Diciembre de 1972. 2. **Farmacogenética I. Concepto, historia, objetivos4. Double Tello Servicio de Dermatología. Hospital Universitario la Princesa.** *Farmacogenética I. Concepto, historia, objetivos y áreas de estudio.* Madrid : Farmacogenética I. Concepto, historia, objetivos y áreas de estudio E. Daudén TelActas DermosiBiogr, Farmacogenética I. Concepto, historia, objetivos y áreas de estudio E. Daudén Tello Servic2006;97(10):623-9. 3. *Farmacogenética, polimorfismos y algunas implicaciones clínicas.* **Cordero E, Baudrit O, Chaverri JM, Salazar L.** Cordero E, Baudrit O, Chaverri JM, Salazar L. Farmacogenética, polimorfismos y algunas implicaciones c2012, Revista Pharmaceutical Care. Publicación Académica de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Costa Rica., Vols. 1(1): 24-29., pág. Cordero E, Baudrit O, Chaverri JM, Salazar L. Farmacogenética, polimorfismos y algunas implicaciones clínicas. Revista Pharmaceutical24-29. 4. *Preemptive Clinical Pharmacogenetics Implementation: Current programs in five United States medical centers.* **HM Dunnenberger, KR Crews, JM Hoffman, KE Caudle, U Broeckel, SC Howard, RJ Hunkler, TE Klein, WE Evans and MV Relling.** 10, 2016 January 01, HHS Public Access. Author manuscript, Vols. 10.1146/annurev-pharmtox-010814-124836, págs. 89-106. 5. **Gonzáles, CI, Ruscheva-Ores and JMP.** Terapia Génica. *Farmacia hospitalaria.* 2000, págs. 919-928. 6. *Gene therapy in India: A focus.* **Nelson, S Chudasiny and Lth.** 3, 2016, Indian Academy of Sciences. J. Biosci, Vol. 39, págs. 537-545. 7. *Personalized medicine: is it a pharmacogenetic mirage?* **Shah, RR Shah and DR.** 4, 16 May 2012, BCP British Journal of Clinical Pharmacology, Vol. 74, págs. 698-721. 8. *The Potential Impact of Pharmacogenetic Testing on Medication Adherence.* **LaPointe, SB Haga and NM Allen.** 6, 2013 December, NIH Public Access. Author Manuscript, Vol. 13, págs. 481-483. 9. *A 30 years Review on Pharmacokinetics of Antibiotics: Is the Right Time for Pharmacogenetics?* **L Baietto, S Corcione, G Pacini, D Di Perri, A D'Avolio and FG De Rosa.** 2014, Current Drug Metabolism, Vol. 15, págs. 583-588. 10. *Comparison of Delivery Strategies for Pharmacogenetic Testing Series.* **Moaddeb, SB Haga and J.** 3, 2016 March, NIH Public Access, Vol. 24, pág. 138-145. 11. *Application of routine electronic health record databases for pharmacogenetic research.* **Yasmina, A, y otros.** 2014, Journal of International Medicine, Vol. 275, págs. 590-604. 12. *Gene Therapy on the move.* **KB Kaufmann, H Büning, A Galy, A Schambach and M Grez.** 19 August 2013, EMBO Molecular Medicine, Vol. 5, págs. 1642-1661. 13. *State of the Art Human Gene Therapy: Part I. Gene delivery technologies.* **Gao, D Wang and G.** 07, 2015 May 21, HHS Public Access. Author manuscript, Vol. 18, pág. 67-77. 14. *State of the Art Human Gene Therapy: Part II. Gene therapy strategies and applications.* **Gao, D Wang and G.** 08, 2015 May 21, HHS Public Access. Author manuscript, Vol. 18, pág. 151-161. 15. **Thrasher, M Collins and A.** Gene Therapy: progress and predictions. [En línea] Proceedings B Royal Society Publishing, 21 de April de 2015. rspb.royalsocietypublishing.org. 16. *Gene Therapy: Myth or reality?* **Fischer, A.** 2016, Comptes Rendus Biologies, Vol. 339, págs. 316-318.

Resumen: *El estudio de la Farmacogenética despertó mucho interés en el campo de la medicina y sus posibles aplicaciones en el campo clínico, creando muchas expectativas. Continúo siendo un enigma durante un largo período de tiempo que fue seguido por una serie de reveses a finales de los años noventa. En la actualidad, se ha comenzado a experimentar éxitos clínicos en diferentes enfermedades usando diversos enfoques, uno de ellos es la terapia individualiza. En esta revisión intentamos dar a conocer que sabemos sobre la farmacogenética, que resultados se han logrado y cuáles pueden ser sus usos en el futuro próximo.*

Palabras Clave: *Farmacogenética; terapia genética; tratamiento farmacológico.*

Introducción

La farmacología estudia la acción de los medicamentos y de otras sustancias en los organismos vivos y, la genética es la ciencia de la transmisión hereditaria de los caracteres biológicos, por lo tanto, la farmacogenética (PG), está situada en la confluencia de esas dos disciplinas y, estudia la influencia de los caracteres hereditarios en la reactividad individual a los medicamentos (1).

A pesar de los grandes avances en la terapéutica algunos pacientes no responden adecuadamente a los tratamientos farmacológicos, al comprobarse una pérdida de efecto terapéutico o la producción de intolerancia en diversos grados. El estudio de la PG evidencia el rol de la herencia en la respuesta individual a la terapia establecida facilitando seleccionar el fármaco y la dosis individual para cada paciente en su situación precisa (2).

La incorporación de pruebas farmacogenéticas (PGx) en la atención del paciente tiene el potencial de mejorar los resultados clínicos, disminuir la duración del tratamiento, disminuir el costo del tratamiento y disminuir los efectos adversos de la terapia con medicamentos (3).

Objetivo

El objetivo es ver los avances de la PG en estos últimos años, de donde partíamos y las expectativas y los logros conseguidos. Se desarrollaron ensayos clínicos con terapias genéticas nuevas, pero no tuvieron el resultado esperado. La pregunta que ahora nos podemos hacer es, ¿Hacia donde debemos enfocar los nuevos estudios?, ¿Qué necesitamos para lograrlo?

Material y método

Se revisaron artículos y revisiones publicados en las bases de datos de MEDLINE, PUBMED, WEB OF SCIENCE y GOOGLE ACADEMICO, seleccionando los que estudian la evolución de la PG en humanos. Las palabras claves utilizadas fueron: “pharmacogenetic” OR “farmacogenética”.

Criterios de inclusión:

- Artículos y revisiones realizados desde Enero de 2012 hasta Diciembre de 2018.

- Publicados en inglés y español.

- Sin restricción de sexo, origen étnico o duración del seguimiento.

ISBN: 978-84-949197-6-3

- No se centren en una enfermedad determinada.

- Que hablen sobre la PG, su evolución en el tiempo y su repercusión en los tratamientos actuales.

Se realizó una segunda vuelta verificando título y resumen, retirando los duplicados, excluyendo los que no tenían el texto completo y comprobación de artículos dudosos.

Una vez identificados los estudios se realizó la extracción de los datos.

Resultados

Se identificaron 36984 artículos potencialmente pertinentes, de los cuales 8 cumplieron los criterios de inclusión y fueron seleccionados para esta revisión. El resto fueron desechados tras la lectura del título y el resumen, ya que no cumplían los criterios de inclusión.

Shah RR et al. se centraron en la información farmacogenética contenida en la información de prescripción o etiquetas de medicamentos altamente utilizados en Estados Unidos.

Haga SB et al. en el 2013, estudiaron la relación que puede existir entre las PGx y la adherencia al tratamiento de los pacientes, aumentando su confianza en la seguridad y eficacia de los medicamentos si conocieran y entendieran los resultados de las PGx.

Baietto L et al. informan sobre los datos de PG, farmacocinética y farmacodinámica de algunos antibióticos para subrayar la importancia de un enfoque integrado para individualizar la terapia.

Haga SB et al. en el 2014, estudiaron donde se deben realizar las PGx, quien debe realizarlas y quien debe tener acceso a los resultados y a quién dar esa información.

Yasmina A. et al dividen el estudio en tres partes. La primera describen la definición de la PG y su papel en las respuestas a los medicamentos. La segunda discuten la identificación de genes relevante y su metodología. La última proporcionan una breve definición de farmacoepidemiología y su vínculo con la PG, las bases de datos de registros de salud que están disponibles.

Dunnenberger HM et al. estudiaron la experiencia de diferentes hospitales y asociaciones, para el uso rutinario de PGx preventivas para guiar la prescripción de medicamentos.

Borobia AM et al. desarrollaron una unidad dentro del Hospital Universitario La Paz (Madrid) para la implementación de la PG y el desarrollo de estrategias de genotipado rápidas y asequibles aumentando el conocimiento y la aceptación entre los médicos a través de sesiones clínicas y el desarrollo de protocolos clínicos y proyectos de investigación.

Albassam A et al. diseñaron el estudio para evaluar los conocimientos, percepciones y confianza de los médicos y farmacéuticos con respecto a la PG.

Discusión y conclusiones

Los resultados sugieren que se pusieron unas expectativas muy altas con respecto a la PG y los resultados de los estudios analizados, no confirman estas expectativas.

Se puede decir que existen avances en la PG desde sus inicios hasta ahora, pero debido a complicaciones en el pasado, el elevado costo, las implicaciones éticas y morales, no se ha avanzado tanto como se preveía.

La mayoría de los autores coinciden en que, se debería realizar una adecuada educación tanto del colectivo sanitario como de los pacientes y sus familias, para poder entender bien los resultados de estas pruebas y la correcta adecuación del tratamiento a seguir y crear una terapia individualizada, consiguiendo una mejor adherencia al tratamiento y una reducción de los costos en el gasto sanitario.

También coinciden en que las PGx se pudieran realizar tanto en el ámbito hospitalario como en el de atención primaria y que sus resultados fueran incluidos en bases de datos fiables y accesibles a todos los profesionales.

Para poder realizar todo esto, se debe incentivar la financiación, para el desarrollo de nuevos estudios y ensayos clínicos, multicéntricos y multirraciales, y conseguir nuevos resultados y nuevos descubrimientos en el campo de la medicina genética.

Bibliografía:

1. OMS. Serie de informes técnicos Nº524, Grupo científico de Farmacogenética. Ginegra : 4-6 de Diciembre de 1972.
2. Daudén Tello E. Servicio de Dermatología, Hospital Universitario la Princesa. Farmacogenética I. Concepto, historia, objetivos y áreas de estudio. Madrid 2006;97(10):623-9.
3. Cordero E, Baudrit O, Chaverri JM, Salazar L. Farmacogenética, polimorfismos y algunas implicaciones c2012, Revista Pharmaceutical Care. Publicación Academica de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Costa Rica., Vols. 1(1): 24-29., págs.

Capítulo 7

¿Son realmente eficaces los DEA localizados en lugares públicos y están correctamente colocados?

González Serrano, Juan Antonio

García Valenciano, Agustín

De Aguilar González, María José

¿SON REALMENTE EFICACES LOS DEA LOCALIZADOS EN LUGARES PÚBLICOS Y ESTÁN CORRECTAMENTE COLOCADOS?

INTRODUCCIÓN:
El ritmo inicial más frecuente en la parada cardiorrespiratoria del adulto es la fibrilación ventricular (FV), donde el desfibrilador externo automático (DEA) ha demostrado ser un tratamiento efectivo capaz de mejorar la supervivencia de los pacientes que sufren un paro cardiaco como consecuencia de un ritmo desfibrilable. Gran número de estos eventos tienen lugar lejos de los hospitales, y debido a que la tasa de supervivencia mejora cuanto antes se aplique el DEA en aquellos casos que sea necesario, cada vez se invierte más en la colocación de los DEA en lugares Públicos. Por ello, se decide analizar la eficacia de la colocación de los DEA en zonas públicas

OBJETIVOS:
1º) Determinar la eficacia de los desfibriladores externos automáticos colocados en lugares públicos
2º)Determinar si los desfibriladores externos automáticos están eficazmente colocados en los lugares públicos

METODOLOGIA:
Se ha realizado una revisión 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: Automated external defibrillator, Public Access, Early defibrillation y Cardiac Arrest; el operador booleano empleado para la búsqueda ha sido AND. Se han encontrado 27 artículos de los cuales se han seleccionado 8. Como criterio de inclusión sólo se han admitido los artículos más actuales y que trataran bien sobre la eficacia de los DEA colocados en lugares públicos o sobre la eficacia de su localización.

RESULTADOS:
1.- El estudio de Engdahl muestra que el 17% de los paros cardiacos tienen lugar en lugares públicos, y de éstos, el 71% mostraban un ritmo desfibrilable a la llegada del equipo de emergencias, los cuales podrían haberse beneficiado de un DEA.

2.- En el estudio de Pell et al. De 15.189 paradas cardiacas, 2732 (el 18%) tuvieron lugar en lugares públicos, y de éstos, el 72,9% fueron desfibrilados.

3.- El estudio de Nielsen et al. Muestra cómo el DEA fue usado en 48 casos, de estos el 70% (31) eran desfibrilables, y su uso consiguió una supervivencia a los 30 días del 69% (21).

4.- En el estudio de Kitamura et al. Compara el acceso a DEA´s públicos entre 2005 y 2013. El porcentaje de pacientes que recibieron desfibrilación de un DEA público en 2005 fue del 1,1% mientras que en 2013 fue del 16,5 % y el porcentaje de pacientes que sobrevivieron sin consecuencias neurológicas fue mayor en aquellos que tuvieron acceso a un DEA público 38,5% vs 18,2% de los que no tuvieron acceso.

5.- En el estudio de Deakin et al. Se observa que de 1035 paradas cardiacas atendidas en Hampshire (UK), sólo 44 estaban cerca de un DEA, y sólo se usó en 18 de las 44 paradas (1,74%). En el área de Hampshire hay 673 DEA´s colocados en 278 lugares públicos.

6.- En el estudio de Hansen et al. Muestra que de 1864 paros cardiacos ocurridos en lugares públicos, 1152 (61,8%) tuvieron lugar durante la tarde, la noche y los fines de semana. Y de 552 DEA´s colocados en lugares públicos, sólo 50 (9,1%) eran accesibles en todo momento, por lo que el 53,4% de los paros cardiacos ocurridos en un lugar público por la tarde, la noche y los fines de semana no tuvieron acceso a un DEA.

7.- El estudio de Colquhoun et al. Compara la efectividad de los DEA´s colocados en lugares públicos, frente a los DEA´s móviles llevados por los equipos de respuesta inmediata. Con los DEA´s estáticos, la circulación espontánea se consiguió en 170/437 paradas (39%) y el alta hospitalaria en 113/437 (26%). Con los DEA´s móviles, la circulación espontánea se consiguió en 110/1039 paradas (10%) y el alta hospitalaria en 32/1093 (2,9%).
Se administraron más desfibrilaciones con los estáticos 347/437 (79%) frente a los móviles 388/1093 (35,5%)

8.- El estudio de Sidebottom et al. Muestra que de 201 DEA´s situados en lugares Públicos, 135(67,2%) no tenia ninguna señal indicando su ubicación.





CONCLUSIÓN:
En los distintos estudios se demuestra la gran efectividad de los DEA, debido a su acceso inmediato y a la rápida desfibrilación. El aumento del número de éstos mejora la supervivencia de los pacientes, sin embargo se observa una pobre asociación en la ubicación de los DEA, estando a veces en lugares inaccesibles por la tarde, noche y los fines de semana, o lejos de los lugares con una mayor frecuencia de paradas cardiorrespiratorias, con un gran número de ellos mal señalizados por lo que sería conveniente analizar los lugares con mayor concentración antes de su instalación para mejorar la cobertura de los DEA.

BIBLIOGRAFÍA:
1.- Engdahl J, Herlitz J. Localization of out-of-hospital cardiac arrest in Göteborg 1994-2002 and implications for public Access defibrillation.Resuscitation[Internet].2005[Citada 10 Enero 2019]; 64(2):171-175. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0300957204003417.
2.- Pell J.P, Sirel JM, Marsden A.K, Ford I, Walker N.L, Cobbe S.M. Potential impact of public Access defibrillators on survival after out of hospital cardiopulmonary arrest: retrospective cohort study. BMJ[Internet]. 2002[Citada 10 Enero 2019]; 325:515. Disponible en: https://www.bmj.com/content/325/7363/515
3.- Nielsen A.M, Folke F, Lippert F.K, Rasmussen L.S. Use and benefits of public Access defibrillation in a national-wide network?. Resuscitation[Internet]. 2013[Citada 10 Enero 2019]; 84(4):430-434. Disponible en: https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(12)00893-3/fulltext
4.- Kitamura T, Kiyohara K, Sakai T, Matsuyama T, Hatakekyama T, Shimamoto T et al. Public-Access Defibrillation and out-of-hospital cardiac arrest in Japan. N Engl Med [Internet]. 2016 [Citada 10 Enero 2019]; 375:1649-1659. Disponible en: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa1600011
5.- Deakin C.D, Shewry E, Gray H.H. Public Access defibrillation remains out of reach for most victims of out-of-hospital sudden cardiac arrest [Internet]. 2014 [Citada 10 Enero 2019]; 100(8): 619-623. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24553390
6.- Hansen CM, Wissenberg M, Weeke P, Ruwald MH, Lamberts M, Lippert FK et al. Automated external defibrillators inaccesible to more tan half of nearby cardiac arrests in public locations durings evening, nighttime, and weekends. Circulation [Internet]. 2013 [Citada 10 Enero 2019]; 128: 2224-2231. Disponible en: https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.113.003066
7.- Colquhoun M.C, Chamberlain D.A, Newcombe R.G, Harris R, Harris S,Peel K, et al. A national scheme for public Access defibrillation in England and Wales: Early results [Internet]. 2008 [Citada 10 Enero 2019]; 78(3): 275-280. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18562074
8.- Sidebottom D.B, Potter R, Newitt L.K, Hodgetts G.A, Deakin C.D. Saving lives with public Access defibrilltion: A deadly game of hide and seek [Internet]. 2018 [Citada 10 Enero 2019]; 128:93-96. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29654802

Resumen: *Revisión bibliográfica sobre la eficacia de los desfibriladores externos automáticos (DEA) situados en lugares públicos. Para ello se realizó una búsqueda bibliográfica con el fin de encontrar estudios que analizaran la eficacia de la colocación de los DEA y si estos son realmente efectivos. Una vez recopilados los estudios y analizados sus datos se llegó a la conclusión de que los DEA situados en zonas públicas aumentan la supervivencia en los pacientes debido a la rápida desfibrilación de aquellos casos que lo requieren, sin embargo, un gran número de estos DEA están mal señalizados, o deficientemente situados.*

Palabras Clave: *Paro Cardiaco Extrahospitalario; Desfibriladores; Supervivencia.*

Introducción

El ritmo inicial más frecuente en la parada cardiorrespiratoria del adulto es la fibrilación ventricular (FV), donde el desfibrilador externo automático (DEA) ha demostrado ser un tratamiento efectivo capaz de mejorar la supervivencia de los pacientes que sufren un paro cardiaco como consecuencia de un ritmo desfibrilable. Gran número de estos eventos tienen lugar lejos de los hospitales, y debido a que la tasa de supervivencia mejora cuanto antes se aplique el DEA en aquellos casos que sea necesario, cada vez se invierte más en la colocación de los DEA en lugares Públicos. Por ello, se decide analizar la eficacia de la colocación de los DEA en zonas públicas

Objetivos

1. Determinar la eficacia de los desfibriladores externos automáticos colocados en lugares públicos.
2. Determinar si los desfibriladores externos automáticos están eficazmente colocados en los lugares públicos.

Metodología

Se ha realizado una revisión 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: Automated external defibrillator, Public Access, Early defibrillation y Cardiac Arrest; el operador booleano empleado para la búsqueda ha sido AND. Se han encontrado 27 artículos de los cuales se han seleccionado 8. Como criterio de inclusión sólo se han admitido los artículos más actuales y que trataran bien sobre la eficacia de los DEA colocados en lugares públicos o sobre la eficacia de su localización.

Resultados

1. El estudio de Engdahl muestra que el 17 % de los paros cardiacos tienen lugar en lugares públicos y, de éstos, el 71 % mostraban un ritmo desfibrilable a la llegada del equipo de emergencias, los cuales podrían haberse beneficiado de un DEA.
2. En el estudio de Pell et al. De 15.189 paradas cardiacas, 2732 (el 18 %) tuvieron lugar en lugares públicos, y de éstos, el 72,9 % fueron desfibrilados.

ISBN: 978-84-949197-6-3

3. El estudio de Nielsen et al. Muestra cómo el DEA fue usado en 48 casos, de estos el 70 % (31) eran desfibrilables, y su uso consiguió una supervivencia a los 30 días del 69 % (21).

4. En el estudio de Kitamura et al. Compara el acceso a DEA´s públicos entre 2005 y 2013. El porcentaje de pacientes que recibieron desfibrilación de un DEA público en 2005 fue del 1,1 % mientras que en 2013 fue del 16,5 % y el porcentaje de pacientes que sobrevivieron sin consecuencias neurológicas fue mayor en aquellos que tuvieron acceso a un DEA público 38,5 % vs 18,2 % de los que no tuvieron acceso.

5. En el estudio de Deakin et al. Se observa que de 1035 paradas cardiacas atendidas en Hampshire (UK), sólo 44 estaban cerca de un DEA, y sólo se usó en 18 de las 44 paradas (1,74 %). En el área de Hampshire hay 673 DEA´s colocados en 278 lugares públicos.

6. En el estudio de Hansen et al. Muestra que de 1864 paros cardiacos ocurridos en lugares públicos, 1152 (61,8 %) tuvieron lugar durante la tarde, la noche y los fines de semana. Y de 552 DEA´s colocados en lugares públicos, sólo 50 (9,1 %) eran accesibles en todo momento, por lo que el 53,4 % de los paros cardiacos ocurridos en un lugar público por la tarde, la noche y los fines de semana no tuvieron acceso a un DEA.

7. El estudio de Colquhoun et al. Compara la efectividad de los DEA´s colocados en lugares públicos, frente a los DEA´s móviles llevados por los equipos de respuesta inmediata. Con los DEA´s estáticos, la circulación espontánea se consiguió en 170/437 paradas (39 %) y el alta hospitalaria en 113/437 (26 %). Con los DEA´s móviles, la circulación espontánea se consiguió en 110/1039 paradas (10 %) y el alta hospitalaria en 32/1093 (2,9 %).

8. Se administraron más desfibrilaciones con los estáticos 347/437 (79 %) frente a los móviles 388/1093 (35,5 %)

9. El estudio de Sidebottom et al. Muestra que de 201 DEA´s situados en lugares públicos, 135(67,2 %) no tenía ninguna señal indicando su ubicación.

Conclusión

En los distintos estudios se demuestra la gran efectividad de los DEA, debido a su acceso inmediato y a la rápida desfibrilación. El aumento del número de éstos mejora la supervivencia de los pacientes, sin embargo, se observa una pobre asociación en la ubicación de los DEA, estando a veces en lugares inaccesibles por la tarde, noche y los fines de semana, o lejos de los lugares con una mayor frecuencia de paradas cardiorrespiratorias, con un gran número de ellos mal señalizados por lo que sería conveniente analizar los lugares con mayor concentración antes de su instalación para mejorar la cobertura de los DEA.

Bibliografía

1. Engdahl J, Herlitz J. Localization of out-of-hospital cardiac arrest in Göteborg 1994-2002 and implications for public Access defibrillation.Resuscitation[Internet].2005[Citada 10 Enero 2019]; 64(2):171-175. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0300957204003417.

2. Pell J.P, Sirel JM, Marsden A.K, Ford I, Walker N.L, Cobbe S.M. Potential impact of public Access defibrillators on survival after out of hospital cardiopulmonary arrest: retrospective cohort study. BMJ[Internet]. 2002[Citada 10 Enero 2019]; 325:515. Disponible en: https://www.bmj.com/content/325/7363/515.

3. Nielsen A.M, Folke F, Lippert F.K, Rasmussen L.S. Use and benefits of public Access defibrillation in a national-wide network?. Resuscitation[Internet]. 2013[Citada 10 Enero 2019]; 84(4):430-434. Disponible en: https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(12)00893-3/fulltext.

4. Kitamura T, Kiyohara K, Sakai T, Matsuyama T, Hatakekyama T, Shimamoto T et al. Public-Access Defibrillation and out-of-hospital cardiac arrest in Japan. N Engl Med [Internet]. 2016 [Citada 10 Enero 2019]; 375:1649-1659. Disponible en: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa1600011.

5. Deakin C.D, Shewry E, Gray H.H. Public Access defibrillation remains out of reach for most victims of out-of-hospital sudden cardiac arrest [Internet]. 2014 [Citada 10 Enero 2019]; 100(8): 619-623. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24553390.

Capítulo 8

¿Uso de agua oxigenada si o no en úlceras/heridas crónicas?

García- Muñoz López- Menchero, Diana

Lara Lozano, Elena

Moreno Delgado, Tania

Piqueras Crespo, Lourdes

Núñez Sánchez- Migallón, Ana Belén

¿USO DE AGUA OXIGENADA SI O NO EN ULCERAS/ HERIDAS CRÓNICAS?

Los antisépticos para la curación de úlceras y/o heridas crónicas, aborda un tema que genera interesantes controversias y debates en la práctica clínica diaria de la enfermería, con una gran trascendencia en el cuidado. Uno de los antisépticos más utilizados a nivel hospitalario y domiciliario es el Agua Oxigenada o Peróxido de Hidrógeno, en el que centraremos nuestras revisión.



OBJETIVO

Conocer si el uso de agua oxigenada (Peróxido de hidrogeno) beneficia o promueve a la curación de las úlceras crónicas, o por el contrario es mayor el perjuicio que provoca con su uso.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión sistemática mediante una búsqueda bibliográfica en las distintas bases de datos: PUBMED, SCIELO y CROCHANE LIBRARY. Se utilizaron las palabras claves: *antiséptico, agua oxigenada, heridas y úlceras crónicas.*



RESULTADOS:

El GNEAUPP Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas en sus últimas publicaciones, nos basamos en varios estudios de 2018, 2015,2014 y afirma las siguientes recomendaciones (grado A evidencia) en limpieza de úlceras y heridas :

- Utilizar como norma suero salino fisiológico, usando la mínima fuerza mecánica para la limpieza así como para su secado posterior. La limpieza ha de hacerse al inicio de cada cura.
- No limpiar la herida con antisépticos locales: **agua oxigenada**, povidona yodada, clorhexidina, ácido acético o solución de hipoclorito.

EVIDENCIA PARA LA UTILIZACIÓN DE PERÓXIDO DE HIDRÓGENO :

EXISTE EVIDENCIA PARA NO USARLOS EN:	SE RECOMIENDA SU USO EN:
Su actividad es inmediata con su reconocida toxicidad sistémica, NO debe de usarse sin justificación.	**Úlcera que presenten una lesión isquémica no revascularizada, el objetivo será evitar infecciones no la curación de ésta.**
Posee una agresividad destruyendo el tejido de granulación (monocitos, fibroblastos,etc.)	**En tejido desvitalizado que va a ser sometido a desbridamiento cortante o realización de una biopsia.**
En úlceras cavitadas puede producir embolias gaseosas	**En piel intacta o sana por su acción antiséptica.**

CONCLUSIONES:

1. Enfermería, es responsable del cuidado y tratamiento de las úlceras/ heridas y debe promover una adecuada selección más una correcta utilización de los antisépticos.
2. La Protocolización del uso del Peróxido de Hidrógeno como parte coadyuvante en el tratamiento de ulceras con tejido desvitalizado si son una buena herramienta en las curas.
3. NO debemos usarla cuando: exista lecho de granulación activo, ulceras cavitadas o en zonas de reepitelización.

Resumen: *Los antisépticos para la curación de úlceras y/o heridas crónicas, aborda un tema que genera interesantes controversias y debates en la práctica clínica diaria de la enfermería, con una gran trascendencia en el cuidado.*

Uno de los antisépticos más utilizados a nivel hospitalario y domiciliario es el agua oxigenada o peróxido de hidrógeno, en el que centraremos nuestra revisión. Intentamos conocer si el uso de agua oxigenada, beneficia o promueve a la curación de las úlceras crónicas, o por el contrario es mayor el perjuicio que provoca con su uso.

Palabras Clave: Úlcera/pressure ulcer; peróxido de hidrógeno/ hydrogen peroxide; herida/ wounds.

Introducción

Las úlceras por presión y/o heridas son un importante reto al que se enfrentan los profesionales en su práctica asistencial, el personal de enfermería es el responsable del cuidado y tratamiento de éstas y debe promover una correcta selección en la utilización de los antisépticos.

Objetivos

La limpieza de la herida es una fase de gran importancia, aunque frecuentemente no se le da y se realiza de una manera mecánica. El hecho de limpiar correctamente una herida va a tener una relación directa con la optimización de las condiciones necesarias para que ésta cicatrice correctamente, y que disminuya el peligro de infección, ya que con la limpieza, se retiran microorganismos y material necrótico presentes en el lecho de la lesión.

Material y método

Como normal general, los antisépticos no deben de ser utilizados de manera sistemática en el tratamiento de las heridas/ úlceras crónicas. A la hora de limpiar una herida se realizará siempre al inicio de cada cura, utilizando suero fisiológico, usando la mínima fuerza mecánica para la limpieza del lecho, así como para su secado posterior. No debemos limpiar la herida con antisépticos locales tales como: agua oxigenada, povidona yodadada, clorhexidina, ácido acético o solución de hipoclorito.

El peróxido de hidrógeno 1,5-3 % o comúnmente conocida como agua oxigenada, es un antiséptico de acción inmediata frente a bacterias: gram positivas, gram negativas, y virus; sin apenas efecto residual, pero es un producto que es citotóxico para el nuevo tejido y en algunos casos su uso continuado puede provocar problemas sistémicos por su absorción en el organismo.

Resultados

El GNEAUPP Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas en sus últimas publicaciones, basándonos en estudios de 2018, 2015 y 2014, afirma las siguientes recomendaciones (grado A de evidencia) para la limpieza de úlceras y heridas con la utilización de peróxido de hidrógeno:

ISBN: 978-84-949197-6-3

Su uso se recomienda en los siguientes casos:

- Úlceras que presenten una lesión isquémica no revascularizada, con el objetivo de evitar infecciones, pero no la curación de ésta.
- En tejido desvitalizado que va a ser sometido a desbridamiento cortante o realización de una biopsia.
- En piel intacta o sana por su acción antiséptica.

No se recomienda su uso en:

- Su actividad es inmediata con su reconocida toxicidad sistémica.
- Posee una agresividad destruyendo el tejido de granulación activo (monocitos, fibroblastos, etc).
- En úlceras cavitadas donde puede producir embolias gaseosas.

Conclusiones

La gran variedad de productos que ofrece hoy día el mercado para el tratamiento de las úlceras y/o heridas crónicas, obliga a los profesionales de enfermería a conocerlos, y, diferenciar sus principales características e indicaciones, para elegir el producto más idóneo y que se adapte a la cura que realicemos. La protocolización del uso del peróxido de hidrógeno como parte coadyuvante en el tratamiento de úlceras con tejido desvitalizado, y su uso racional es una buena herramienta y eficaz en las curas.

Bibliografía:

1. Blasco García M.C., Cuñaro Alonso J., Rueda López J. et al. Materiales y Productos para la Cicatrización de las Heridas Crónicas. Atención Integral de las Heridas Crónicas. 2ª Edición. Logroño. GNEAUPP- FSU 2016 pag. 503-530.
2. Dalmau J., Vila A., Peramique L., et al. Úlceras por Presión, Prevención y Tratamiento. Servicio de Dermatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. Abril, 2014. Vol. 18 Num. 4.
3. Gallart E. Estudio experimental para comprobar la efectividad de los ácidos grasos hiperoxigenados en la prevención de las úlceras por presión en pacientes ingresados. Enfermería Clínica 2001. Vol. 11- 179-83.
4. Arnedillo J. Directrices Generales sobre Tratamiento de las Úlceras por Presión. Documento GNEAUPP. Citado Junio 2018. Disponible en URL: www.gneaupp.org.

Capítulo 9

Abordaje de enfermería ante el dolor dental en Urgencias

Rullo Sánchez, Ana María

Botia Portero, Antonio

Caso Clínico: Abordaje de enfermería ante el dolor dental en Urgencias

Autores:

Introducción:



El dolor de origen dental (DOD) constituye una entidad de importancia propia, no en vano representa uno de los motivos de consulta más frecuente de urgencia odontoestomatológica, tanto en los Servicios de Urgencias Extrahospitalarios, como Hospitalarios .
El origen de este dolor, en la mayoría de los casos, es debido al daño estructural de los dientes que por su rica inervación y gran dotación nociceptiva, son responsables de una llamativa sintomatología que requiere, en la mayoría de las ocasiones, atención profesional inmediata por la grave invalidez que ocasiona .
Los datos epidemiológicos de este tipo de dolor varían mucho dependiendo de la población estudiada, destacando la alta prevalencia que supone en la población general, considerada uno de los principales motivos de solicitud de atención médica y odontológica urgente.
Constituye una de las manifestaciones más molestas. En realidad, bajo el término de dolor dental o incluso del más popular de "dolor de muelas" se agrupa a un conjunto de sensaciones desagradables cuyo origen puede ser tan diverso como su relevancia clínica.
La no presencia de odontólogos en el ámbito hospitalario, hace más complicado su abordaje, así como conseguir hallar su origen y poder paliar el dolor del paciente.



Observación clínica:

Mujer de 35 años que acude a Urgencias por dolor dental de 72 horas de evolución, hace dos días acudió a su odontólogo habitual y le pautó amoxicilina 1 gr + ibuprofeno 600 mg c/8 h , acude a Urgencias por no ceder el dolor con tratamiento pautado y por presentar febrícula, además es sábado y no hay odontólogo de guardia.

- ❑ No antecedentes personales de interés
- ❑ Intolerancia naproxeno, no a otros aines

- ❑ A su llegada refiere dolor importante en ambas muelas del juicio derechas ,que se irradia a oído derecho y garganta, lo describe como incapacitante y que no le deja conciliar el sueño ni cede con analgesia, además de ibuprofeno, refiere haber tomado nolotil con lo que tampoco ha cedido.
- ❑ Paciente independiente en las actividades de la vida diaria.

- ❑ A su llegada febrícula de 37,5, resto de constantes estables.
- ❑ Es triada por enfermería.
- ❑ La paciente es valorada por el médico de guardia que pauta tratamiento .
- ❑ Se avisa a enfermería para administrar tratamiento y cuidados .

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



La enfermería es un arte y una ciencia, y ante todo es humanidad

Patrones funcionales de Marjory Gordon	Comportamiento	Actividades
Patrón 1: Percepción – manejo de la salud	-Temperatura: febrícula -Disconfort ocasionado por dolor	-Control febrícula con medicación+medidas físicas -Control del dolor administrando medicación pautada - Educación para la salud bucodental
Patrón 2: Nutricional – Metabólico	- Malnutrición pobre de 72 h de evolución por dolor al comer	- Se indica dieta triturada hasta que desaparezca el dolor
Patrón 3: Eliminación	- Estreñimiento de 72 h de evolución al aguantarse por sentir dolor al realizar defecación	- Se comenta con su médico que indica 2 micralax por vía rectal
Patrón 4: Actividad – Ejercicio	- Reposo por dolor	-Administración medicación - Escucha activa
Patrón 5: Sueño- descanso	- Insomnio relacionado con dolor	- Administración de medicación para calmar dolor
Patrón 6: Cognitivo – perceptual	- Deterioro de la comunicación	- Administración de medicación para bajar inflamación + calmar dolor
Patrón 7: Autopercepción – autoconcepto	- No ha podido ir a trabajar ni realizar sus actividades de ocio por dolor incapacitante	- Resolver proceso de inflamación+dolor
Patrón 8: Rol- relaciones	- Deterioro autorrealización	- Escucha activa
Patrón 9: Sexualidad - reproducción	- No datos de interés	
Patrón 10: Adaptación – tolerancia al estrés	- Nerviosismo por no ceder dolor e incapacidad de dormir	-Escucha activa - Educación para la salud bucodental
Patrón 11: Valores -creencias	- No datos de interés	

Discusión:

El eje central de la intervención enfermera debe ser la persona receptora del mismo, con un enfoque orientado al fomento del autocuidado, en la medida en que la situación del paciente lo permita. Para ello se precisa una atención personalizada que contemple que cada persona tiene una historia de vida, unos valores, unas creencias y unas motivaciones diferentes, así como también lo serán los recursos de cada persona para afrontar las dificultades que se le presentan.
La meta de la Enfermería debe ser que las personas satisfagan sus necesidades de autocuidado, ayudándolas a desarrollar y ejercer sus capacidades de autocuidado.
La Enfermería juega un papel fundamental en la prevención y la promoción de la salud bucodental, pudiéndose evitar con una buena intervención enfermera futuras complicaciones.
Si adoptamos desde la infancia hábitos sanos está demostrado que es posible evitar la aparición de las caries y de las enfermedades periodontales.
EL personal de Enfermería debe tener los conocimientos suficientes para poder proporcionar una correcta prevención y promoción, identificando las distintas enfermedades periodontales y aconsejando correctamente sobre higiene y hábitos saludables.

Conclusiones:

La atención de la enfermera de Urgencias supone un ejercicio dinámico de toma de decisiones; así, la valoración y cuidados enfermeros han de responder a una secuencia de prioridades que garantice la satisfacción de las necesidades del paciente, tanto biológicas como psicológicas y sociales, prestando una atención integral y holística.
Los profesionales de enfermería de urgencias deben integrar la práctica, la investigación, la educación y la profesionalidad, para dar respuesta a las necesidades que en materia de salud presenten los pacientes. Para ello, es preciso planificar adecuadamente y poner en práctica los cuidados de Enfermería, con una base de conocimientos, no sólo de las personas y de los factores relativos a la salud, sino también de las alteraciones fisiopatológicas.
El cuidado de enfermería en Urgencias es de vital importancia para satisfacer los patrones funcionales del paciente.

Resumen: *El dolor de origen dental constituye una entidad de importancia propia, no en vano representa uno de los motivos de consulta más frecuente de urgencia.*

El origen de este dolor, en la mayoría de los casos, es debido al daño estructural de los dientes que por su rica inervación y gran dotación nociceptiva, son responsables de una llamativa sintomatología que requiere atención profesional inmediata por la grave invalidez que ocasiona .

La no presencia de odontólogos en el ámbito hospitalario, hace más complicado su abordaje, así como conseguir hallar su origen y poder paliar el dolor del paciente.

Palabras Clave: *dolor; urgencias; odontología.*

Introducción

El dolor de origen dental (DOD) constituye una entidad de importancia propia, no en vano representa uno de los motivos de consulta más frecuente de urgencia odontoestomatológica, tanto en los Servicios de Urgencias Extrahospitalarios, como Hospitalarios .

El origen de este dolor, en la mayoría de los casos, es debido al daño estructural de los dientes que por su rica inervación y gran dotación nociceptiva, son responsables de una llamativa sintomatología que requiere, en la mayoría de las ocasiones, atención profesional inmediata por la grave invalidez que ocasiona .

Los datos epidemiológicos de este tipo de dolor varían mucho dependiendo de la población estudiada, destacando la alta prevalencia que supone en la población general, considerada uno de los principales motivos de solicitud de atención médica y odontológica urgente.

Constituye una de las manifestaciones más molestas. En realidad, bajo el término de dolor dental o incluso del más popular de “dolor de muelas” se agrupa a un conjunto de sensaciones desagradables cuyo origen puede ser tan diverso como su relevancia clínica.

La no presencia de odontólogos en el ámbito hospitalario, hace más complicado su abordaje, así como conseguir hallar su origen y poder paliar el dolor del paciente.

Material y método

Observación clínica:

Mujer de 35 años que acude a Urgencias por dolor dental de 72 horas de evolución, hace dos días acudió a su odontólogo habitual y le pautó amoxicilina 1 gr + ibuprofeno 600 mg c/8 h , acude a Urgencias por no ceder el dolor con tratamiento pautado y por presentar febrícula, además es sábado y no hay odontólogo de guardia.

- No antecedentes personales de interés

- Intolerancia naproxeno, no a otros aines

- A su llegada refiere dolor importante en ambas muelas del juicio derechas ,que se irradia a oído

ISBN: 978-84-949197-6-3

derecho y garganta, lo describe como incapacitante y que no le deja conciliar el sueño ni cede con analgesia, además de ibuprofeno, refiere haber tomado nolotil con lo que tampoco ha cedido.

- Paciente independiente en las actividades de la vida diaria.

- A su llegada febrícula de 37,5, resto de constantes estables.

- Es triada por enfermería.

- La paciente es valorada por el médico de guardia que pauta tratamiento.

- Se avisa a enfermería para administrar tratamiento y cuidados.

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.

Discusión

El eje central de la intervención enfermera debe ser la persona receptora del mismo, con un enfoque orientado al fomento del autocuidado, en la medida en que la situación del paciente lo permita. Para ello se precisa una atención personalizada que contemple que cada persona tiene una historia

de vida, unos valores, unas creencias y unas motivaciones diferentes, así como también lo serán los recursos de cada persona para afrontar las dificultades que se le presentan.

La meta de la enfermería debe ser que las personas satisfagan sus necesidades de autocuidado, ayudándolas a desarrollar y ejercer sus capacidades de autocuidado.

La enfermería juega un papel fundamental en la prevención y la promoción de la salud bucodental, pudiéndose evitar con una buena intervención enfermera futuras complicaciones.

Si adoptamos desde la infancia hábitos sanos está demostrado que es posible evitar la aparición de las caries y de las enfermedades periodontales.

El personal de Enfermería debe tener los conocimientos suficientes para poder proporcionar una correcta prevención y promoción, identificando las distintas enfermedades periodontales y aconsejando correctamente sobre higiene y hábitos saludables.

Conclusiones:

La atención de la enfermera de Urgencias supone un ejercicio dinámico de toma de decisiones; así, la valoración y cuidados enfermeros han de responder a una secuencia de prioridades que garantice la satisfacción de las necesidades del paciente, tanto biológicas como psicológicas y sociales, prestando una atención integral y holística.

Los profesionales de enfermería de urgencias deben integrar la práctica, la investigación, la educación y la profesionalidad, para dar respuesta a las necesidades que en materia de salud presenten los pacientes. Para ello, es preciso planificar adecuadamente y poner en práctica los cuidados de Enfermería, con una base de conocimientos, no sólo de las personas y de los factores relativos a la salud, sino también de las alteraciones fisiopatológicas.

El cuidado de enfermería en Urgencias es de vital importancia para satisfacer los patrones funcionales del paciente.

Bibliografía:

1. Cohen B, Ivor R, Kramer H. Reanimación. Fundamentos científicos de Odontología. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1983:781-3. (Edición Revolucionaria).
2. Uraco A, Díaz T. Introducción. Complicaciones médicas en la consulta dental. Barcelona: Editorial Masson-Salvat, 1996: 9-11.
3. Assael L. Acute cardiac care in dental practice. Dent Clin North Am 1995;39(3):555-65.

Capítulo 10

Abordaje y prevención sobre el estudio de los reingresos hospitalarios del paciente crónico adulto y geriátrico

Botia Portero, Antonio

Rullo Sánchez, Ana María

Revisión Bibliográfica: Abordaje y prevención sobre el estudio de los reingresos hospitalarios del paciente crónico adulto y geriátrico.

Autores:

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas la población española se ha caracterizado por un continuo aumento del envejecimiento, lo cual conlleva a una mayor probabilidad de padecer algunas de las diferentes enfermedades crónicas, provocando así los reingresos hospitalarios. Este tema ha sido el punto de mira por muchos países, no solo por las readmisiones sino porque provocan también una gran demanda sanitaria y un aumento del gasto económico.

El efecto de los reingresos hospitalarios tiene una consideración de un indicador de gran interés en la evaluación de la calidad de la atención sanitaria prestada. Estos reingresos lleva a plantearnos si el resultado o el proceso asistencial al que estuvo sometido el paciente fueron los apropiados. Si las cosas se hacen bien la primera vez se incrementará la productividad y se reducirán los costes del proceso asistencial . No obstante, se debe ser prudente cuando se relacione los reingresos con una baja calidad de asistencia prestada, ya que existen diversos factores que limitan el progreso del paciente. Algunos de ellos pueden ser las complicaciones surgidas que hacen alargar la estancia y, por tanto, que exista un probable ingreso nuevo o los reingresos programados por los médicos, a pesar de que la asistencia prestada haya sido correcta.

El aumento de la esperanza de vida, así como el continuo envejecimiento de la población, la gran demanda sanitaria, el aumento del gasto sanitario (tanto en recursos humanos como en recursos materiales y prestaciones) y la implicación de un mayor número de profesionales entre otros factores, plantean la necesidad desarrollar nuevas estrategias en los servicios sanitarios para adaptarlos a esta nueva situación.

OBJETIVOS

Como objetivo general de esta revisión bibliográfica se plantea identificar y describir las principales estrategias de prevención de reingresos hospitalarios en pacientes crónicos.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos relacionadas con las ciencias de la salud (CUIDEN, PUBMED, …), y búsqueda adicional en las principales paginas web relacionadas con reingresos hospitalarios de pacientes crónicos, y sistemas de abordaje. Se han incluido estudios observacionales prospectivos y retrospectivos relacionados con las principales variables para medir las estrategias en prevención de reingresos hospitalarios de pacientes crónicos.

Palabras clave: Reingresos hospitalarios, paciente crónico, abordaje y prevención

RESULTADOS

De los 14 artículos obtenidos como resultado de la búsqueda bibliográfica, tras la eliminación de duplicidades y elaboración propia, se han seleccionado 4 artículos para la evaluación y conocimiento de las principales estrategias para el abordaje y prevención de los reingresos hospitalarios de pacientes crónico adulto y geriátrico, y por consiguiente sus resultados y/o conclusiones.

Se han incluido y seleccionado estudios observacionales descriptivos, prospectivos y retrospectivos , publicados en los últimos 15 años, y siguiendo los siguientes criterios de inclusión: publicaciones con idioma en español, texto completo y documentos posteriores al año 2000.

Autor principal	Diseño	Revista y año de publicación	Lugar de estudio	Muestra	Variables para medición de las estrategias	Resultados y/o conclusiones
Rodríguez Artalejo F	Estudio observacional prospectivo	Gestión clínica y Sanitaria, 2005	España	N= 394 Pacientes ingresados por Urgencias relacionados con insuficiencia cardiaca	Estilo de vida del paciente crónico	Una peor calidad de vida relacionada con la salud se asocia con rehospitalización y muerte.
Rodríguez León O	Estudio observacional prospectivo	Gestión clínica y Sanitaria, 2011	España	N= 457 Pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST y con tratamiento de angioplastia primaria. 155 pacientes en Grupo Hospital, 230 pacientes en Grupo Traslado y 72 pacientes en Grupo de Atención Extrahospitalaria por parte del Servicio Médico de Urgencias.	Calidad de los cuidados sanitarios prestados por los profesionales, y efectividad del tratamiento.	Existen diferencias de tiempo en los diferentes grupos, desde el inicio de los primeros síntomas hasta la angioplastia primaria donde se produce el primer contacto médico. Se deben adoptar medidas que mejoren la efectividad del tratamiento.
Short PM	Estudio observacional retrospectivo	Gestión clínica y Sanitaria, 2011	Tayside (Escocia)	N= 5.977 Pacientes mayores de 50 años diagnosticados de EPOC con uso añadido de B-bloqueantes cardioselectivos a la medicación.	Efectividad del tratamiento.	El uso de B-bloqueantes cardioselectivos, añadido a la medicación habitual redujo un 22% la mortalidad y las agudizaciones de los pacientes con EPOC.
Cañamare s-Orbis, I	Estudio observacional descriptivo	Elsevier, 2013	España	N= 280 Pacientes con insuficiencia cardiaca son asignados al azar para una intervención domiciliaria.	Calidad de los cuidados sanitarios prestados por los profesionales. Cumplimiento adecuado o inadecuado de las pautas terapéuticas, establecidas por los profesionales y el estilo de vida del paciente.	El nivel educativo por parte de los pacientes fue bajo, solo un 5% recibió educación terapéutica sobre su enfermedad. Un 18% de los pacientes incumplía el tratamiento farmacológico, una cuarta parte no realizo la dieta correspondiente y la gran mayoría no realizo ningún tipo de ejercicio.

CONCLUSIONES



Por tanto, se puede concluir diciendo que existen y seguirán existiendo factores que favorecen los reingresos hospitalarios de los pacientes crónicos, algunos de ellos evitables y otros no tan evitables, y por ello debe de estudiarse mas a fondo el trabajo que realizan los profesionales sanitarios para determinar cuales son las ventajas que aportan en relación a la prevención de los reingresos hospitalarios en dichos pacientes.

Se deben realizar mas estudios en busca de nuevas estrategias mas fiables y seguras en relación con los tratamientos de los pacientes crónicos , y además siendo de importancia vital , reforzar la educación sanitaria de los pacientes buscando nuevos métodos y herramientas que les refuerce el interés por su salud, ya que su recuperación y salud está muy condicionadas a su participación activa.

Resumen: *El efecto de los reingresos hospitalarios tiene una consideración de un indicador de gran interés en la evaluación de la calidad de la atención sanitaria prestada. Estos reingresos lleva a plantearnos si el resultado o el proceso asistencial al que estuvo sometido el paciente fueron los apropiados. Si las cosas se hacen bien la primera vez se incrementará la productividad y se reducirán los costes del proceso asistencial . No obstante, se debe ser prudente cuando se relacione los reingresos con una baja calidad de asistencia prestada, ya que existen diversos factores que limitan el progreso del paciente.*

Palabras Clave: *reingresos hospitalarios; paciente crónico; abordaje y prevención.*

Introducción

En las últimas décadas la población española se ha caracterizado por un continuo aumento del envejecimiento, lo cual conlleva a una mayor probabilidad de padecer algunas de las diferentes enfermedades crónicas, provocando así los reingresos hospitalarios. Este tema ha sido el punto de mira por muchos países, no solo por las readmisiones sino porque provocan también una gran demanda sanitaria y un aumento del gasto económico.

El efecto de los reingresos hospitalarios tiene una consideración de un indicador de gran interés en la evaluación de la calidad de la atención sanitaria prestada.

Estos reingresos lleva a plantearnos si el resultado o el proceso asistencial al que estuvo sometido el paciente fueron los apropiados. Si las cosas se hacen bien la primera vez se incrementará la productividad y se reducirán los costes del proceso asistencial . No obstante, se debe ser prudente cuando se relacione los reingresos con una baja calidad de asistencia prestada, ya que existen diversos factores que limitan el progreso del paciente. Algunos de ellos pueden ser las complicaciones surgidas que hacen alargar la estancia y, por tanto, que exista un probable ingreso nuevo o los reingresos programados por los médicos, a pesar de que la asistencia prestada haya sido correcta.

El aumento de la esperanza de vida, así como el continuo envejecimiento de la población, la gran demanda sanitaria, el aumento del gasto sanitario (tanto en recursos humanos como en recursos materiales y prestaciones) y la implicación de un mayor número de profesionales entre otros factores, plantean la necesidad desarrollar nuevas estrategias en los servicios sanitarios para adaptarlos a esta nueva situación.

Objetivos

Como objetivo general de esta revisión bibliográfica se plantea identificar y describir las principales estrategias de prevención de reingresos hospitalarios en pacientes crónicos.

Material y método

Se realiza una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos relacionadas con las ciencias de la salud (CUIDEN, PUBMED, …), y búsqueda adicional en las principales paginas web relacionadas con reingresos hospitalarios de pacientes crónicos, y sistemas de abordaje. Se han incluido estudios observacionales prospectivos y retrospectivos relacionados con las principales variables para medir las estrategias en prevención de reingresos hospitalarios de pacientes crónicos.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Resultados

De los 14 artículos obtenidos como resultado de la búsqueda bibliográfica, tras la eliminación de duplicidades y elaboración propia, se han seleccionado 4 artículos para la evaluación y conocimiento de las principales estrategias para el abordaje y prevención de los reingresos hospitalarios de pacientes crónico adulto y geriátrico, y por consiguiente sus resultados y/o conclusiones.

Se han incluido y seleccionado estudios observacionales descriptivos, prospectivos y retrospectivos , publicados en los últimos 15 años, y siguiendo los siguientes criterios de inclusión: publicaciones con idioma en español, texto completo y documentos posteriores al año 2000.

Conclusiones

Por tanto, se puede concluir diciendo que existen y seguirán existiendo factores que favorecen los reingresos hospitalarios de los pacientes crónicos, algunos de ellos evitables y otros no tan evitables, y por ello debe de estudiarse mas a fondo el trabajo que realizan los profesionales sanitarios para determinar cuales son las ventajas que aportan en relación a la prevención de los reingresos hospitalarios en dichos pacientes.

Se deben realizar mas estudios en busca de nuevas estrategias mas fiables y seguras en relación con los tratamientos de los pacientes crónicos , y además siendo de importancia vital , reforzar la educación sanitaria de los pacientes buscando nuevos métodos y herramientas que les refuerce el interés por su salud, ya que su recuperación y salud está muy condicionadas a su participación activa.

Bibliografía:

1. Castells X, Mercadé Ll, Iu M. Envejecimiento y utilización hospitalaria. Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Zaragoza: Invertir para la Salud, Prioridades en Salud Pública, 22-24 de noviembre de 2002.
2. J. De Pedro, J. Gallo, C. Zaforteza, J. Bover, A. Bover. Problemas de las personas mayores al alta de un hospital de agudos. Gerokomos, 12 (2001), pp. 29-32.
3. J.L. Alonso Martínez. Reingreso hospitalario en Medicina Interna. An Med Interna, 18 (2001), pp. 248-254.

Capítulo 11

Accidentes deportivos en un hospital comarcal

Extremera Medina, Carlos Joaquín

Muñoz de la Nava Zamorano, Concepción

ACCIDENTES DEPORTIVOS EN UN HOSPITAL COMARCAL

Autores: Carlos J. Extremera Medina, Concepción Muñoz de la Nava Zamorano

INTRODUCCION

En los últimos años se ha producido un continuo y progreso incremento de la demanda urgente, tanto en atención primaria como en el ámbito hospitalario. En muchos casos lo pacientes ante una urgencia, deciden ir directamente al hospital de referencia confiando más en su eficacia, sin consultar previamente con el médico de guardia del centro de salud, quizá por la falta de información, aumentando considerable e innecesariamente las urgencias hospitalarias.

También la comodidad y la adecuación de sus horarios laborables y la actitud consumista propia de nuestra sociedad han incidido en generar este espectacular aumento de las consultas urgentes.

OBJETIVO

Analizar las consultas que se producen en el servicio de urgencias de un hospital comarcal durante el año 2018.

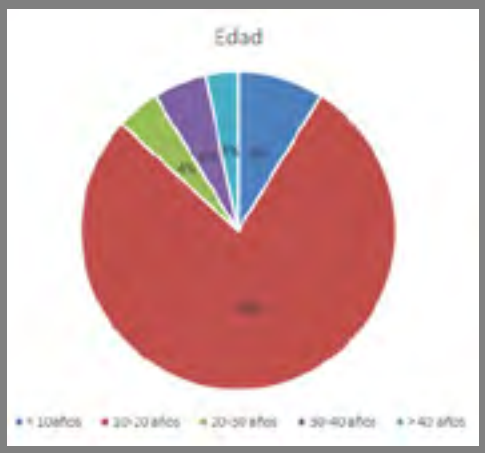
Conocer los motivos de la consulta más frecuentes en los pacientes que acuden al servicio de urgencias a consecuencia del área deportiva.

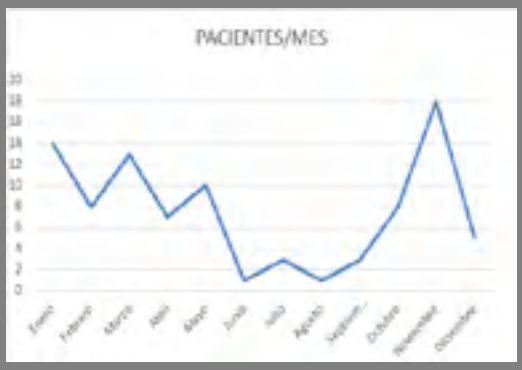
MATERIAL Y METODOS

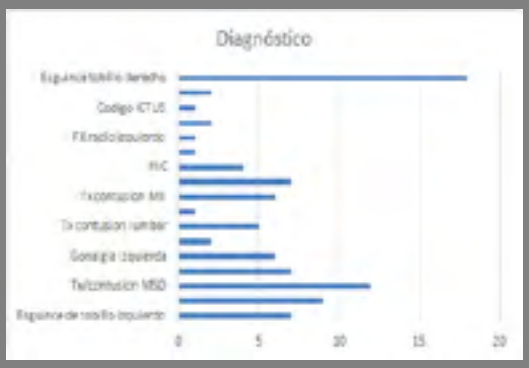
Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo realizado durante el año 2018. La población de estudio la formaban niños de <10 años y mayores de 40 que acudieron al servicio de urgencias de un hospital comarcal durante el año 2018. Según los datos del padrón municipal de Castilla la Mancha, en la población donde se ubica el centro sanitario existía una población de 47.881 (hombres 23.165, mujeres 24.716). La fuente de información utilizada fueron los registros de urgencias del Hospital en los diferentes turnos de trabajo (8-15h, 15-22h, 22-8h). Entre las variables que se recogieron se encontraban: La edad, el sexo, mes del año, lesión producida y deporte realizado. Las categorías sintomáticas se clasificaron según el SET (sistema español de triaje) que en un sistema de clasificación que permite una gestión de los motivos de consulta.

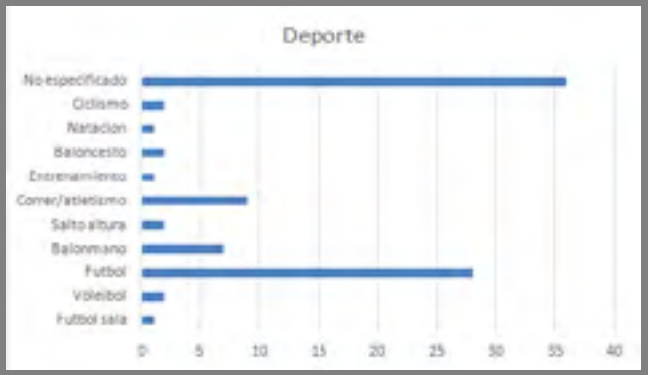
Se utilizo estadística, frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y la media y desviación típica para las variables cuantitativas. Para el análisis de datos se utilizo el programa estadístico SPSS en su versión 22.0.

Se solicito autorización al centro para la explotación de los datos. Se respeto en todo momento la normativa legal vigente que garantiza la confidencialidad de los datos de carácter personal y su tratamiento automatizado.









RESULTADOS

En el año 2018 se atendieron un total de 91 pacientes en el servicio de urgencias, lo que supone que 86,8% (79) de la muestra analizada fueron niños, figura 1. La edad media de los niños se situó en 5,6 + 4,6 años. La distribución de urgencias por meses puede verse en la figura 2. Entre los principales motivos de consulta destacaron los esguinces de tobillo derecho 19,8% seguido de las contusiones y traumatismos 13,2% figura 3.

CONCLUSIONES

Se observó una alta frecuentación en el servicio de urgencias en comparación con los datos consultados en el ámbito regional y nacional. Las consultas más frecuentes fueron por lesiones en MMII seguidos por los MMSS, produciéndose más lesiones en el mes de noviembre, seguidos de Enero y Marzo, el sexo masculino queda en cabeza de dichas lesiones, en un rango de edad de 10 a 20 años.

No queda especificado el deporte con mayor porcentaje siendo el futbol en 2º lugar las motivadas por lesiones o traumatismos dentro de un turno de 24 horas.





Resumen: *En los últimos años se ha producido un continuo y progreso incremento de la demanda urgente, tanto en atención primaria como en el ámbito hospitalario. En muchos casos lo pacientes ante una urgencia, deciden ir directamente al hospital de referencia confiando más en su eficacia, sin consultar previamente con el médico de guardia del centro de salud, quizá por la falta de información, aumentando considerable e innecesariamente las urgencias hospitalarias.*

También la comodidad y la adecuación de sus horarios laborables y la actitud consumista propia de nuestra sociedad han incidido en generar este espectacular aumento de las consultas urgentes.

Palabras Clave: *Accidente deportivo; urgencias; lesiones.*

Objetivo

Analizar las consultas que se producen en el servicio de urgencias de un hospital comarcal durante el año 2018.

Conocer los motivos de la consulta más frecuentes en los pacientes que acuden al servicio de urgencias a consecuencia del área deportiva.

Material y métodos

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo realizado durante el año 2018. La población de estudio la formaban niños de <10 años y mayores de 40 que acudieron al servicio de urgencias de un hospital comarcal durante el año 2018. Según los datos del padrón municipal de Castilla la Mancha, en la población donde se ubica el centro sanitario existía una población de 47.881 (hombres 23.165, mujeres 24.716). La fuente de información utilizada fue los registros de urgencias del Hospital en los diferentes turnos de trabajo (8-15h, 15-22h, 22-8h).

Entre las variables que se recogieron se encontraban: La edad, el sexo, mes del año, lesión producida y deporte realizado. Las categorías sintomáticas se clasificaron según el SET (sistema español de triaje) que en un sistema de clasificación que permite una gestión de los motivos de consulta.

Se utilizo estadística, frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y la media y desviación típica para las variables cuantitativas. Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS en su versión 22.0. Se solicito autorización al centro para la explotación de los datos. Se respeto en todo momento la normativa legal vigente que garantiza la confidencialidad de los datos de carácter personal y su tratamiento automatizado.

Resultados

En el año 2018 se atendieron un total de 91 pacientes en el servicio de urgencias, lo que supone que 86,8 % (79) de la muestra analizada fueron niños. La edad media de los niños se situó en 5,6 + 4,6 años. Entre los principales motivos de consulta destacaron los esguinces de tobillo derecho 19,8 % seguido de las contusiones y traumatismos 13,2 %.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Conclusiones

Se observó una alta frecuentación en el servicio de urgencias en comparación con los datos consultados en el ámbito regional y nacional. Las consultas más frecuentes fueron por lesiones en MMII seguidos por los MMSS, produciéndose más lesiones en el mes de noviembre, seguidos de enero y marzo, el sexo masculino queda en cabeza de dichas lesiones, en un rango de edad de 10 a 20 años.

No queda especificado el deporte con mayor porcentaje siendo el futbol en 2º lugar las motivadas por lesiones o traumatismos dentro de un turno de 24 horas.

Bibliografía

1. Strong WB, Malina RM, Blimkie CJ, Daniels SR, Dishman RK, Gutin B, et al. Evidence based physical activity for school-age youth. J Pediatr. 2005;146:732-7.
2. Sánchez Ruiz-Cabello FJ, Grupo PrevInfad/PAPPS. Prevención en la actividad física y el deporte [consultado el 20/10/2008]. Disponible en http://www.aepap.org/previnfad/rec_deporte.htm.
3. Maffulli N, Caine D.The epidemiology of children's team sports injuries. Med Sport Sci. 2005;49:1-8.
4. Adirim TA, Cheng TL. Overview of injuries in the young athlete. Sports Med. 2003;33:75-81.
5. Alonso Fernández, D., López González, D., Fernández Rodríguez, R. y García Soidan, J.L. (2002). Lesiones en las actividades gimnásticas. I Simposium Internacional de Actividades Gimnásticas y Acrobáticas). Enseñanza y Entrenamiento de la Gimnasia y la Acrobacia. Cáceres: Facultad del Deporte. Universidad de Extremadura.

Capítulo 12

Ácido hialurónico intravesical en cistitis intersticial

Aparicio Hernández, Cristina

Notario Galán, Cristina María

Morote Cumplido, Elena

Calatrava Muñoz, Rosa María

Mora Hidalgo, María Reyes

ÁCIDO HIALURÓNICO INTRAVESICAL EN CISTITIS INTERSTICIAL

INTRODUCCIÓN

El ácido hialurónico (AH), administrado intravesicalmente repone temporalmente la capa deteriorada de glicosaminoglicanos, estimula la reposición de tejido conjuntivo y posteriormente facilita la recomposición de las células epiteliales. Su uso es ampliamente aceptado en la cistitis intersticial. La cistitis intersticial (CI) se define como un síndrome clínico caracterizado por un incremento de la frecuencia urinaria, urgencia miccional y dolor abdominal o perineal en ausencia de infección urinaria o enfermedad conocida del aparato urinario.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Mujer de 74 años, sin alergias medicamentosas conocidas, que presenta desde hace 3 años tenesmo vesical, disuria, frecuencia urinaria diurna y nocturna (más de 10 veces), además del componente doloroso pelviano. Se le realiza cistoscopia y se confirma el diagnóstico CI. Es derivada a Consulta Externa de Urología de enfermería para iniciar tratamiento con AH intravesical.

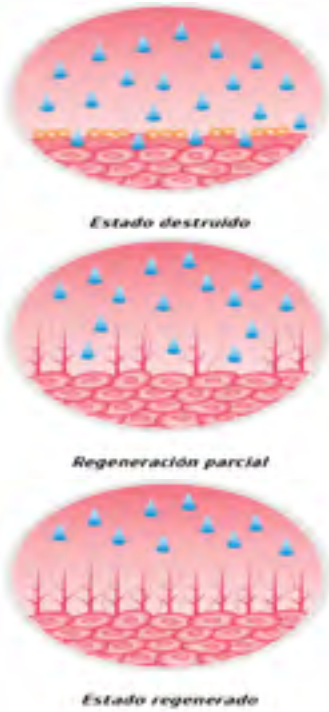




PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

1. Explicar la técnica y citar para la administración de la primera dosis.
2. Solicitar a la paciente que vacíe la vejiga antes de venir a la consulta.
3. Preparar material : guantes no estériles y estériles, paño fenestrado estéril, antiséptico (povidona yodada) y bolsa de instilación vesical desechable.
4. Sondar a la paciente para vaciar la orina residual. Se recomienda utilizar una sonda de calibre 8-14 Ch en mujeres. Usamos para las instilaciones sondas urinarias de sondaje intermitente, que tiene una lubricación hidrofílica, para reducir el riesgo de trauma uretral.
5. Atemperar la solución estéril de acido hialurónico al menos a 20ºC. Utilizaremos Instylan® (polímero de ácido hialurónico 0.16 % (80 mg / 50 ml)). Se conecta el paquete estéril con una cabeza especial y se pasará progresivamente; una vez instilada en la cavidad vesical, retiramos la sonda para evitar salida de la solución.
6. Esperar con la paciente tumbada 40 minutos, rotando la posición, 10 minutos en decúbito supino, 10 minutos en decúbito lateral derecho,10 minutos en decúbito prono y 10 minutos en decúbito lateral izquierdo.

NANDA	NOC	NIC
00182- Disposición para mejorar el autocuidado	1823- Conocimiento: fomento de salud	5618- Enseñanza: procedimiento/ tratamiento
00126- Conocimientos deficientes	1813- Conocimiento: régimen terapéutico	0590- Manejo de la eliminación urinaria
00132- Dolor agudo	1605- Control del dolor	1400- Manejo del dolor
00035- Riesgo de Lesión	1902- Control de riesgos	6610- Identificación de riesgos



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El tratamiento con AH hecho a tiempo, puede llevar a una remisión completa de los síntomas como en este caso clínico con CI. Se utilizó una instilación semanal durante el primer mes y una mensual un año.

La enfermera es clave en estos cuidados y debe promover la adecuada preparación y administración de las instilaciones.

A excepción de leves irritaciones como molestias en el meato que se solvento usando lubricante anestésico, no hubo reacciones no deseadas.

BIBLIOGRAFIA

http://instylan.com/es/ ; http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062011000300013
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15180619

Resumen: *El ácido hialurónico (AH), administrado intravesicalmente estimula la reposición de tejido conjuntivo y posteriormente facilita la recomposición de las células epiteliales. Su uso es ampliamente aceptado en la cistitis intersticial.*

La cistitis intersticial (CI) se define como un síndrome clínico caracterizado por un incremento de la frecuencia urinaria, urgencia miccional y dolor abdominal o perineal en ausencia de infección urinaria o enfermedad conocida del aparato urinario.

El tratamiento con AH puede llevar a una remisión completa de los síntomas como en este caso clínico con CI. Se utilizó una instilación semanal durante el primer mes y una mensual un año.

Palabras Clave: *Cistitis intersticial; vejiga dolorosa; ácido hialurónico.*

Introducción

El ácido hialurónico (AH), administrado intravesicalmente repone temporalmente la capa deteriorada de glicosaminoglicanos, estimula la reposición de tejido conjuntivo y posteriormente facilita la recomposición de las células epiteliales. Su uso es ampliamente aceptado en la cistitis intersticial. La cistitis intersticial (CI) se define como un síndrome clínico caracterizado por un incremento de la frecuencia urinaria, urgencia miccional y dolor abdominal o perineal en ausencia de infección urinaria o enfermedad conocida del aparato urinario.

Observación clínica

Mujer de 74 años, sin alergias medicamentosas conocidas, que presenta desde hace 3 años tenesmo vesical, disuria, frecuencia urinaria diurna y nocturna (más de 10 veces), además del componente doloroso pelviano. Se le realiza cistoscopia y se confirma el diagnóstico CI. Es derivada a Consulta Externa de Urología de enfermería para iniciar tratamiento con AH intravesical.

Plan de cuidados enfermero

1. Explicar la técnica y citar para la administración de la primera dosis.
2. Solicitar a la paciente que vacíe la vejiga antes de venir a la consulta.
3. Preparar material: Guantes no estériles y estériles, paño fenestrado estéril, antiséptico (povidona yodada) y bolsa de instilación vesical desechable.
4. Sondar a la paciente para vaciar la orina residual. Se recomienda utilizar una sonda de calibre 8-14 Ch en mujeres. Usamos para las instilaciones sondas urinarias de sondaje intermitente, que tiene una lubricación hidrofílica, para reducir el riesgo de trauma uretral.
5. Atemperar la solución estéril de acido hialurónico al menos a 20ºC. Utilizaremos Instylan® (polímero de ácido hialurónico 0.16 % (80 mg / 50 ml)). Se conecta el paquete estéril con una cabeza especial y se pasará progresivamente; una vez instilada en la cavidad vesical, retiramos la sonda para evitar salida de la solución.

ISBN: 978-84-949197-6-3

6. Esperar con la paciente tumbada 40 minutos, rotando la posición, 10 minutos en decúbito supino, 10 minutos en decúbito lateral derecho,10 minutos en decúbito prono y 10 minutos en decúbito lateral izquierdo.

Diagnósticos Enfermeros (NANDA)

00182- Disposición para mejorar el autocuidado.

00126- Conocimientos deficientes.

00132- Dolor agudo.

00035- Riesgo de lesión.

Resultados (NOC)

1823- Conocimiento : fomento de salud.

1813- Conocimiento: régimen terapéutico.

1605- Control del dolor.

1902- Control de riesgos.

Intervención de Enfermería (NIC)

5618- Enseñanza: procedimiento/tratamiento.

0590- Manejo de la eliminación urinaria.

1400- Manejo del dolor.

6610- Identificación de riesgos.

Discusión y conclusiones

El tratamiento con AH hecho a tiempo, puede llevar a una remisión completa de los síntomas como en este caso clínico con CI. Se utilizó una instilación semanal durante el primer mes y una mensual un año.

La enfermera es clave en estos cuidados y debe promover la adecuada preparación y administración de las instilaciones.

A excepción de leves irritaciones como molestias en el meato que se solvento usando lubricante anestésico, no hubo reacciones no deseadas.

Bibliografía

1. http://instylan.com/es/.
2. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062011000300013.
3. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15180619.

Capítulo 13

Actitud ante el parto a término en presentación podálica

Muñoz Naranjo, Cristina

Tabasco Ceca, Milagros

Borrego Camejo, Zoina

Actitud ante el parto a término en presentación podálica.

Autoras:

1. INTRODUCCIÓN.

Presentación podálica (3-4%)

Antes de la aparición de la cesárea

PARTO VAGINAL DE NALGAS

Alto riesgo

Altas tasas de morbimortalidad materna y fetal

Maniobras para revertir la presentación

- TERAPIA POSTURAL
- MOXIBUSTIÓN.

V.C.E.

RENACIMIENTO (alternativa inacionada) INTENTO PARTO VAGINAL EN CEFÁLICA

Aparición de la cesárea

CESÁREA ELECTIVA

Term Breech Trial (intervención más segura)

Riesgo materno con disminución del riesgo fetal

2. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL:

Analizar las diferentes actitudes a tomar frente a un parto a término en presentación podálica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Definir el tipo de presentación podálica y su clasificación.
- Establecer los factores etiológicos asociados al tipo de presentación.
- Indicar los diferentes criterios de selección para la vía del parto.
- Establecer los riesgos y las tasas de morbimortalidad del parto vaginal de nalgas.
- Mostrar el papel de parto vaginal de nalgas en la obstetricia moderna.
- Indicar las ventajas, riesgos, complicaciones y tasas de morbimortalidad de la cesárea.
- Protocolizar la selección de candidatas a un intento de V.C.E.
- Explicar la técnica y la conducta a tomar tras una V.C.E.
- Establecer los riesgos y complicaciones de la V.C.E.
- Analizar las tasas de éxito y reversión de la V.C.E.

3. MATERIAL Y MÉTODO.

BUSQUEDA DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS:

- Pubmed
- Cuiden
- Cochrane Library
- Scielo
- Elsevier
- Google académico

OTROS DOCUMENTOS:

- Protocolos y guías nacionales de Hospitales, y Organizaciones científicas y profesionales.
- Libros de Urgencias Obstétricas y Atención al parto de riesgo.

PALABRAS CLAVE:

- <presentación podálica>
- <breech presentation>
- <presentación de nalgas>
- <breech delivery>
- <vaginal birth>
- <versión cefálica externa>

Operadores booleanos AND y OR

CALIDAD CIENTÍFICA

PUBLICADOS CON LA ANTIGÜEDAD ELEGIDA

ESPAÑOL E INGLÉS

ÁMBITO: NACIONAL E INTERNACIONAL

4. CONTENIDOS.

4.1. CRITERIOS DE SELECCIÓN PARA LA ELECCIÓN DE LA VÍA DEL PARTO Y CARACTERÍSTICAS DEL PARTO VAGINAL DE NALGAS.

PARTO VAGINAL

- **PARIDAD**
  - No influyente.
- **EDAD MATERNA**
  - No influyente.
- **PESO FETAL ESTIMADO**
  - < 3800-4000 g.
- **DIÁMETRO BIPARIETAL**
  - < 96mm.
- **DIMENSIÓN Y MORFOLOGÍA PÉLVICA**
  - Proporción feto-pélvica (valoración clínica o radiológica).
- **ACTITUD DE LA CABEZA FETAL**
  - Flexionada o indiferente (puede hiperextenderse en cualquier momento).
- **TIPO DE PRESENTACIÓN**
  - Nalgas puras o completas.
- **AUSENCIA DE PATOLOGÍA MEDICO-OBSTÉTRICA QUE IMPIDA IPV.**

BRADISISTOLIA

MAYOR DURACIÓN

MAYOR FRECUENCIA DE PROLAPSO DE CORDÓN

MAYOR FRECUENCIA DE ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

4.2. RIESGOS Y TASAS DE MORBIMORTALIDAD MATERNO-FETAL DEL PARTO DE NALGAS.

RIESGOS FETALES

- Prolapso, laterocidencia o enrollamiento de cordón.
- Anomalías en la F.C.F. por hipoxia.
- Lesiones del plexo braquial, nervio radial, mediano o ciático.
- Traumatismos escapular, humeral, clavicular o femoral.
- Traumatismo intracraneal, hemorragia intracraneal subdural y lesiones neurológicas severas.
- Lesiones de medula espinal cervical y fractura craneal.
- Retención de cabeza última.
- Muerte fetal.

RIESGOS MATERNOS

- Rotura prematura de membranas.
- Distocias mecánicas y dinámicas.
- Lesiones graves del tracto genital.
- Mayor riesgo de hemorragia uterina.



T.B.T. (tasas de mortalidad fetal)

- P.V. 5,1%
- CESÁREA 0,4%

T.B.T. (tasas de morbimortalidad materna)

- SIN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS

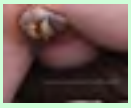
OTROS ESTUDIOS (riesgo de morbimortalidad materna)

- Mortalidad: 2,84 veces mayor en la cesárea
- Morbilidad: 5-10 veces mayor en la cesárea



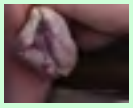


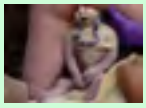
4.3. PAPEL DEL PARTO VAGINAL EN LA OBSTETRICIA MODERNA.











T.B.T.

CAMBIO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA (2003→ 92,5% de los centros realizaba cesáreas en presentación podálica).

S.E.G.O.

DOCUMENTOS DE CONSENSO (2001)

"Tenidas en cuenta todas estas consideraciones, la actitud recomendada hoy en día para finalizar su embarazo con una presentación de nalgas, es realizar una cesárea con el fin de reducir al mínimo posible los riesgos para la salud de su hijo".

CESÁREA

4.4. RIESGOS, COMPLICACIONES Y TASAS DE MORBIMORTALIDAD DE LA CESÁREA.

Las recomendaciones del T.B.T. y la S.E.G.O. no ignoran que la cesárea no es una intervención carente de riesgos

- Accidentes anestésicos
- Hemorragia por atonía uterina
- Infección
- T. E. P.
- Mayor necesidad de transfusiones sanguíneas
- Daño en órganos vecinos
- Endometritis
- Cuadros de íleo paralítico
- Postoperatorio doloroso y prolongado
- Alto riesgo de abandono de lactancia materna
- Mayor coste sanitario

VERSIÓN CEFÁLICA EXTERNA

4.5. PROTOCOLO DE SELECCIÓN. CONTRAINDICACIONES.

CONTRAINDICACIONES RELATIVAS

- Hipertensión y preeclampsia.
- Diabetes (contraindicados β-simpaticomiméticos).
- Obesidad mórbida.
- C.I.R.
- Cardiopatía materna.
- Macrosomía fetal (>3.800-4.000 g.).
- Placenta anterior.
- Cesárea previa (cicatriz uterina).

CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS

- Placenta previa o desprendimiento prematuro.
- Rotura de membranas.
- Compromiso fetal.
- Oligoamnios.
- Cabeza fetal en hiperextensión.
- Malformaciones fetales graves.
- Muerte fetal intrautero.
- Gestación múltiple.
- Sensibilización Rh.
- Alteraciones en la coagulación.
- Anomalías uterinas o urinarias.
- Contraindicación para P.V. o indicación de cesárea.

4.6. MOMENTO Y CONDICIONES ADECUADAS PARA SU REALIZACIÓN.

- 36-38 SEMANAS DE GESTACIÓN (↓probabilidad de versión espontánea, ↑tasa de éxito y evita prematuridad yatrógena).
- COMPROBAR BIENESTAR FETAL (monitoreo fetal con patrón reactivo).
- REALIZACIÓN DE ECOGRAFÍA (descartar contraindicaciones, presentación, cantidad líquido amniótico, localización de placenta y cordón umbilical).
- CONSENTIMIENTO INFORMADO FIRMADO.
- AYUNAS Y CON PREOPERATORIO REALIZADO.
- QUIRÓFANO PREPARADO PARA REALIZAR UNA CESÁREA URGENTE.
- ECÓGRAFO Y CARDIOTOCÓGRAFO (con control de la F.C.F.).
- DECÚBITO SUPINO EN SEMI-FOWLER Y LIGERO TRENDELEMBURG.
- VACIADO VESICAL Y CANALIZACIÓN DE VÍA PERIFÉRICA.

4.7. TÉCNICA.

- TOCÓLISIS: 30 min. antes. Ritodrine (4 ampollas Prepar® en 500cc S.G.) o Salbutamol.
- Maniobras de Leopold, Test de Bishop, registro cardiotocográfico y ecografía.
- Impregnar abdomen con gel de ultrasonidos.
- Desplazar las nalgas del E.S. en la dirección adecuada para aumentar la flexión fetal.
- Sincronizadamente desplazar la cabeza hacia la pelvis y las nalgas hacia el fondo de útero.

TÉCNICA



4.8. CONDUCTA TRAS EL PROCEDIMIENTO Y TASAS DE ÉXITO.

- Ecografía.
- Monitoreo fetal al menos 30 min. (es frecuente un registro no reactivo durante 20-40 min.).
- Gammaglobulina anti-D a gestantes Rh-.
- Vigilar sangrado vaginal, rotura de membranas, contracciones uterinas o disminución de movimientos fetales.
- Si todo está normal, se da el alta a domicilio (24 h. de reposo relativo).
- Si fracasa o hay una reversión espontánea, se puede repetir la técnica en 5-7 días.

CONDUCTA TRAS EL PROCEDIMIENTO



ÉXITO TOTAL

50% APROX.

(La tasa crece a medida que aumenta la experiencia de los sanitarios).

TASA DE REVERSIÓN ESPONTÁNEA

5% APROX.

5. CONCLUSIONES.

1. En la actualidad, los partos vaginales "de nalgas", que no dejan de ser una distocia, tienen poca popularidad entre los obstetras y matronas y, de hecho, prácticamente no se les entrena para asistirlos. Así, la balanza se inclina a la realización de cesáreas electivas (la cesárea por presentación pelviana fue responsable del 40% de aumento de la incidencia total de cesáreas en las décadas de los 80 y 90).
2. Se está produciendo un renacimiento de la V.C.E. como una manera de reducir la tasa de cesáreas, disminuyendo las complicaciones quirúrgicas y postquirúrgicas, y de permitir que se desarrolle un parto fisiológico, es decir, vaginal en cefálica, con los mínimos riesgos posibles.
3. La mayoría de los estudios sobre la V.C.E. muestran tasas similares de éxito y de riesgos, por lo que podemos confirmar que constituye una ***técnica sencilla*** (si se efectúa como corresponde), ***con riesgos aceptables*** (si la efectúa el personal idóneo) y ***efectiva*** (si se efectúa cuando corresponde y con un buen protocolo de selección de las candidatas) que enciende una luz en el futuro de la presentación podálica y que se encuentra en posición intermedia en riesgos y beneficios entre el parto vaginal de nalgas y la cesárea electiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Garcia Rojas, C., Magán Núñez, M.T., Cubillas Rodríguez, I. Alternativas para disminuir la presentación podálica a partir de la semana 34. Revista Enfermería Docente. 2016; enero-julio (105): 35-39. 2. SEGO. Protocolos Asistenciales en Obstetricia. Parto en la presentación de nalgas a término. Protocolo actualizado en 2011. Elsevier [edición digital]. 3. Navarro, M., García Adánez, I.M., Escudero, A., Sánchez M., Vaquerizo, O. Parto vaginal de nalgas: una opción todavía segura. Hospital Universitario Central de Asturias. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Asturias. 2011. 4. Sedano L., M., Sedano M., C., Sedano M., R. Reseña histórica e hitos de la obstetricia. Revista Médica Clínica Las Condes. 2014; 25(6): 866-873. 5. Rozas, M.R., Costa, J. Versión externa en la presentación podálica. Matronas Profesión. 2003; 4(14): 4-9. 6. Valentí, E.A. Versión externa. Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. 1998; 17(2): 75-83. 7. Organización Mundial de la Salud (OMS), Human Reproduction Programme (HRP). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. 2015. 8. Cañete Palomo, M. L., Cabero Roura, L. Urgencias en ginecología y obstetricia: Aproximación a la medicina basada en la evidencia. Fiscam (Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla la Mancha). Complejo Hospitalario de Toledo. 2007. 9. Macías Seda, J., Gómez Salgado, J. Atención al parto y puerperio de riesgo. Enfermería Obstétrico-Ginecológica. Colección Líneas de Especialización para Enfermería. Fuden. Madrid. 2008. 10. SEGO. Documentos de Consenso S.E.G.O. Parto de Nalgas. 2003. 11. Gilstrap III, Larry C., Cunningham, F. Gary, VanDorsten, J. Peter. Urgencias en Sala de Partos y Obstetricia Quirúrgica. 2ª Ed. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. 2004. 12. Rodríguez Zarauz, R., Arellano Velasco, L., Barqueros Ramírez, A., Moreno García, G., Quesada Hurtado, J., Salgado Rosales, F. Parto en podálica. Revisión global y análisis del multicéntrico Term Breech Trial. Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2002; 45(7): 287-299. 13. Kiran, B., Dagtar, K., Kirbas, A., Tüten, A. Humerus Diaphysis Fracture in a Newborn during Vaginal Breech Delivery. Hindawi Publishing Corporation. Case Reports in Obstetrics and Gynecology. 2015. 14. Ladewig, P. W., London, M. L., Moberly, S., Olds, S. R. Enfermería maternal y del recién nacido. 5ª Ed. McGraw-Hill-Interamericana. Madrid. 2006. 15. Ortega Marcilla, S., Royo Arilla, B., Tejero Cabrejas, E. L., Sanmín Cornudella, R., Rodríguez Solanilla, B., Castán Mateo, S., Campillo Maza, I. M. Resultados perinatales en 492 presentaciones podálicas: cesárea vs. parto vaginal. Clínica e investigación en ginecología y obstetricia. 2014; 41(1): 17-22. 16. García Adánez, I., Navarro López, M., Fernández Ferrera, C., Medina Díaz, M., Pagola Limón, N., Vaquerizo Ruiz, O., Escudero Gomis, A. Recuperación del parto vaginal de nalgas y versión cefálica externa. Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2013; 56(5):248-253. 17. Hofmeyr G. J., Kulier, R. Cephalic version by postural management for breech presentation. The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd. 2011. 18. Guerra, S., López-Picado, A., Muñoz, H., Marín, J. M., Lete, I., Echevarría, O. Versión cefálica externa en presentación de nalgas: una técnica ancestral muy actual. Clínica e investigación en ginecología y obstetricia. 2012; 39(3): 113-117. 19. Odriozola Feu, J. M., González Gómez, M., Miguel Seamero, J. R. La versión cefálica externa en la presentación de nalgas a término. Protocolo para su implantación en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria. 2008. 20. Servicio de Medicina Materno-Fetal del Hospital Clínic. Protocolo: Versión externa a término. Protocolos Medicina Materno-Fetal. ICGON-Hospital Clínic. Barcelona. 21. Burgos, J. Versión cefálica externa. Unidad de Medicina Perinatal. Hospital Universitario Cruces. 22. Burgos, J., Melchor, J. C., Cobos, P., Eguiguren, N., Centeno, M., Fernández-Llebrez, L., Martínez-Astorquiza, T. Análisis del dolor en la versión cefálica externa. Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2009; 52(10): 557-563. 23. Castañer Mármol, A. Tesis doctoral: Resultados de la versión cefálica externa en nuestra área sin tocolisis rutinaria. Revisión y estrategia de implementación de medios facilitadores. Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología. Facultad de Medicina de la Universidad Miguel Hernández. Alicante. 2015. 24. Watts, N. P., Petrovska, K., Bisits, A., Catling, C., Homer, C. S. E. This baby is not for turning: Women's experiences of attempted external cephalic version. BMC Pregnancy and Childbirth. 2016; 16 (248). 25. Servicio de Medicina Materno-Fetal del Hospital Clínic. Protocolo: Cesárea. Protocolos Medicina Materno-Fetal. ICGON-Hospital Clínic. Barcelona.

Resumen: *La presentación podálica aparece en el 3-4 % de los embarazos a término. En nuestro entorno, la técnica más utilizada es la cesárea. El objetivo de este trabajo es proporcionar información, revisando la evidencia científica, sobre las diferentes actitudes a tomar, prestando atención a la versión cefálica externa como maniobra que intenta reducir las presentaciones de nalgas. Conclusión: se debería optar por la protocolización de una cesárea en todas las presentaciones podálicas, pero la generalización de la práctica de versiones externas ayudaría a reducir ese tipo de intervenciones y posibilitaría un intento de parto vaginal en cefálica en muchas de ellas.*

Palabras Clave: *Presentación de nalgas; versión fetal; cesárea.*

Introducción

En el año 2000 se publicó Term Breech Trial (ensayo clínico randomizado). La conclusión fue que la cesárea era la intervención más segura en este tipo de presentación.

Además, debemos tener en cuenta que existen intervenciones para revertir estas presentaciones, ampliamente utilizadas antes del uso de las cesáreas. La más utilizada es la Versión Cefálica Externa.

Objetivos

Analizar las diferentes actitudes a tomar frente a un parto a término en presentación podálica.

Objetivos específicos:

- Indicar los criterios de selección para la elección de la vía del parto.
- Establecer los riesgos del parto vaginal de nalgas.
- Indicar las ventajas, riesgos, complicaciones y tasas de morbimortalidad de la cesárea.
- Protocolizar la selección de candidatas a un intento de versión.
- Explicar la técnica y la conducta a tomar tras una versión.
- Analizar las tasas de éxito y reversión de la versión cefálica externa.

Material y método

Búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Pubmed, Cuiden, Cochrane Library, Scielo, y Elsevier. También se han consultado protocolos y guías publicados por hospitales y organizaciones científicas.

La estrategia ha consistido en combinar los términos elegidos con los operadores booleanos AND y OR. Los idiomas de los artículos seleccionados han sido español e inglés, de ámbito nacional e internacional.

Contenidos

1. **Criterios de selección para la elección de la vía del parto y características del parto vaginal de nalgas:**
    - Paridad: No influyente.
    - Edad materna: No influyente.
    - Peso fetal: <3800-4000 g.
    - Diámetro biparietal: <96 mm.
    - Dimensiones y formología de la pelvis: Proporción feto-pélvica (valorada clínica o radiológica).

ISBN: 978-84-949197-6-3

- Actitud de la cabeza fetal: Flexionada o indiferente.
- Tipo de presentación: Nalgas puras o completas.
- Ausencia de patología que impida un intento de parto vaginal.

CARACTERÍSTICAS:

- Bradisistolia.
- Mayor duración del parto.
- Mayor frecuencia de prolapso de cordón y rotura prematura de membranas.

2. Riesgos y tasas de morbimortalidad maternofetal.

Los riesgos fetales son:

- Prolapso, laterocidencia o enrollamiento de cordón.
- Anomalías en la frecuencia cardiaca fetal por hipoxia.
- Lesiones del plexo braquial, nervio radial, mediano o ciático.
- Traumatismo escapular, humeral o clavicular.
- Traumatismos y hemorragias intracraneales.
- Lesiones en la médula espinal cervical y fractura craneal.
- Retención de cabeza.
- Muerte fetal.

Los riesgos maternos son:

- Rotura prematura de membranas.
- Distocias mecánicas y dinámicas.
- Lesiones graves del tracto genital.
- Mayor riesgo de hemorragia uterina.

3. Riesgos, complicaciones y tasas de morbimortalidad de la cesárea.

- Accidentes anestésicos.
- Hemorragia por atonía uterina.
- Infección.
- Tromboembolismo pulmonar.
- Mayor necesidad de transfusiones sanguíneas.
- Daño en órganos vecinos.
- Endometritis.
- Cuadros de íleo paralítico.
- Postoperatorio doloroso y prolongado.
- Riesgo de abandono de lactancia.
- Mayor coste sanitario.

4. Protocolo para la selección de candidatas. Contraindicaciones. Versión cefálica externa.

Contraindicaciones absolutas:

- Placenta previa o desprendimiento prematuro.

- Rotura de membranas.
- Compromiso fetal.
- Oligoamnios.
- Cabeza fetal en hiperextensión
- Malformaciones fetales graves.
- Muerte fetal intrautero.
- Gestación múltiple.
- Sensibilización Rh.
- Alteraciones en la coagulación.
- Anomalías uterinas y urinarias.
- Contraindicación para el parto vaginal o indicación de cesárea.

Contraindicaciones relativas:

- Hipertensión y preeclampsia.
- Diabetes (β-simpaticomiméticos contraindicados)
- Crecimiento intrauterino retardado.
- Cardiopatía materna.
- Macrosomía fetal.
- Placenta anterior.
- Cesárea previa.

5. Momento y condiciones adecuadas para su realización.

- Edad gestacional entre 36 y 38 semanas.
- Consentimiento informado firmado.
- Comprobación del bienestar fetal.
- Exploración ecográfica.
- Ayunas y preoperatorio realizado.
- Quirófano preparado para realizar una cesárea urgente.
- Ecógrafo y cardiotocógrafo.
- Decúbito supino en Semi-Fowler y ligero Trendelenburg.
- Vaciado vesical y canalización de vía periférica.

6. Técnica.

- Tocólisis: 30 min. antes. Ritodrine o Salbutamol.
- Maniobras de Leopold, Test de Bishop, registro cardiotocográfico y ecografía.
- Impregnar abdomen con gel de ultrasonidos.
- Desplazar las nalgas en la dirección adecuada para aumentar la flexión fetal.
- Desplazar la cabeza hacia la pelvis y las nalgas hacia el fondo de útero.

ISBN: 978-84-949197-6-3

7. **Conducta tras el procedimiento y tasas de éxito.**
    - Ecografía.
    - Monitoreo fetal al menos 30 min.
    - Gammaglobulina anti-D a gestantes Rh-.
    - Vigilar sangrado vaginal, rotura de membranas, contracciones uterinas o disminución de movimientos fetales.
    - Si todo está normal, se da el alta a domicilio (24 h. de reposo).
    - Si fracasa o hay una reversión espontánea, se puede repetir la técnica en 5-7 días.

El éxito total se logra en aproximadamente el 50 % de los casos y éste crece a medida que aumenta la experiencia de los sanitarios. En los estudios se muestra una tasa de reversión espontánea del 5,37 %.

Conclusiones

- En la actualidad, los partos vaginales “de nalgas” tienen poca popularidad entre los obstetras y matronas y prácticamente no se les entrena para asistirlos. Así, la balanza se inclina a la realización de cesáreas.
- Renacimiento de la V.C.E. como una manera de reducir la tasa de cesáreas y de permitir que se desarrolle un parto fisiológico con los mínimos riesgos posibles.
- La mayoría de los estudios sobre la VCE muestran tasas similares de éxito y de riesgos, por lo que podemos confirmar que constituye una técnica sencilla (si se efectúa como corresponde), con riesgos aceptables (si la efectúa el personal idóneo) y efectiva (si se efectúa cuando corresponde y con un buen protocolo de selección de las candidatas).

Bibliografía

1. García Rojas, I., Aragón Núñez, M.T., Cubillas Rodríguez, I. Alternativas para disminuir la presentación podálica a partir de la semana 34. Revista Enfermería Docente. 2016; enero-julio (105): 35-39.
2. Ortega Marcilla, S., Royo Arilla, B., Tejero Cabrejas, E. L., Savirón Cornudella, R., Rodríguez Solanilla, B., Castán Mateo, S., Campillos Maza, J. M. Resultados perinatales en 492 presentaciones podálicas: cesárea vs. parto vaginal. Clínica e investigación en ginecología y obstetricia. 2014; 41(1): 17-22.
3. García Adánez, J., Navarro López, M., Fernández Ferrera, C., Medina Díaz, M., Pagola Limón, N., Vaquerizo Ruiz, O., Escudero Gomis, A. Recuperación del parto vaginal de nalgas y versión cefálica externa. Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2013; 56(5):248-253.
4. Delgado Herrero, J. C., Fandiño García, E., Dueñas Díez, J. L., Carrasco Gallego, A. Análisis de los factores que influyen en la aparición de efectos adversos en la versión cefálica externa. Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2011; 54 (2): 60-64.
5. Fandiño, E., Dueñas, J. L., Delgado, J. C., Carrasco, A., Bedoya, C. Resultados obstétricos y perinatales de la implementación de un programa de versión externa cefálica. Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2010; 53(2): 41-45.

Capítulo 14

Actividad física en la infancia y la adolescencia

García Landete, Marta

Martínez Arana, Marta

Rodríguez López, María Luisa

Martínez Arana, Diego

ACTIVIDAD FÍSICA EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Introducción:

Se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía (Organización Mundial de la Salud, OMS).

Se ha observado que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial.

La actividad física en niños y adolescentes consiste en juegos, deportes, actividades de ocio, educación física o ejercicios programados, en el contexto de la familia, la escuela o las actividades comunitarias.

Se recomienda (OMS):

-Como mínimo 60 minutos diarios de actividad física de moderada a vigorosa. Si el tiempo diario es mayor reportará mayores beneficios.

-La actividad física diaria debería ser, en su mayor parte, aeróbica. Convendría incorporar, como mínimo tres veces por semana, actividades vigorosas que refuercen, en particular, los músculos y huesos.

Objetivos:

Objetivar la actividad física realizada por los niños y niñas que son derivados al Servicio de Fisioterapia por desviaciones en el raquis (hiperlordosis, escoliosis e hipercifosis dorsal).

Material y Métodos:

Estudio longitudinal retrospectivo realizado durante años los 2017-2018 en un centro de salud con una muestra de 76 niños y niñas de edades comprendidas entre los 9 y los 16 años.

Al inicio de la enseñanza se les pregunta a los niños qué actividad física realizan, frecuencia y tiempo.

Se da especial importancia al incremento de ésta, evitar posturas mantenidas (por ejemplo al estudiar levantarse cada 20 minutos), reducir los periodos sedentarios prologados (minimizar el tiempo de transporte motorizado (coche, autobús...) fomentando el transporte activo (bici, andar...) o al menos parte del trayecto y se les habla también de la importancia de limitar el tiempo delante de las pantallas a 2 horas al día.

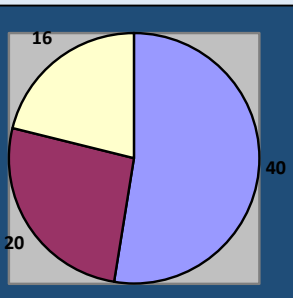
Los niños y niñas derivados desde el Servicio de Rehabilitación acuden al Servicio de Fisioterapia para la enseñanza de ejercicios (estiramientos, potenciación de los diferentes grupos musculares dependiendo de la patología), pautas de higiene postural en las actividades de la vida diaria (AVDs) y mejora en su esquema corporal a través del feedback que proporciona un espejo.

La enseñanza se hace de forma individualizada y cada niño recibe una batería de ejercicios acorde a su patología (hipercifosis dorsal, escoliosis e hiperlordosis) también individual y adaptada a ella.

Se corrigen los ejercicios de forma diaria durante las 5-8 sesiones que dura el tratamiento haciendo especial hincapié en su esquema corporal.

Rank	Cause of Death	Percent of Deaths
1	High Blood Pressure	12.8%
2	Tobacco Use	8.7%
3	High Blood Glucose	5.8%
4	Physical Inactivity	5.5%
5	Overweight & Obesity	4.8%
6	High Cholesterol	4.5%
7	Unsafe Sex	4.0%
8	Alcohol Use	3.8%
9	Childhood Underweight	3.8%
10	Indoor Smoke Solid Fuels	3.3%





CENTRO EDUCATIVO
CE+ 1 ACT VIGOROSA
CE+ 2 ACT VIGOROSA

NOTA: Actividad física moderada (aprox.3-6 MET). Acelera de forma perceptible el ritmo cardiaco.
Actividad física intensa (aprox. > 6 MET).Gran cantidad de esfuerzo y provoca una respiración rápida y un aumento sustancial de la frecuencia cardíaca.

Resultados:

De los 76 niños, 40 realizan actividad física moderada sólo en el centro educativo (C.E), colegio o instituto, 45 minutos de duración 2 días a la semana.

De la muestra hay 20 niños que realizan actividad física de las mismas características que el grupo anterior más una actividad vigorosa dos días a la semana durante 50 minutos.

Y 16 realizan actividad física en el centro educativo de las mismas características que el primer grupo más dos actividades vigorosas dos días a la semana de 50 minutos de duración.

Conclusiones:

Nuestro estudio objetiva que la actividad física realizada por nuestra muestra (76 niños y niñas de edades comprendidas entre los 9 y los 16 años) es baja ya que ninguno de los tres grupos sigue las recomendaciones proporcionadas por la OMS.

Es función del fisioterapeuta como agente de salud involucrar y fomentar un estilo de vida saludable y más en concreto el de la actividad física dado que ésta tiene multitud de beneficios para la salud tanto física como mental así como contribuir al desarrollo social de los jóvenes, su socialización e integración.

Resumen: *Introducción: Se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. Objetivos: Objetivar la actividad física realizada por los niños y niñas derivados a un centro de salud. Material y Métodos: Estudio longitudinal retrospectivo. Resultados: De los 76 niños, 40 realizan actividad física moderada. Hay 20 niños que realizan actividad física moderada más una actividad vigorosa dos días a la semana. Y 16 realizan actividad física moderada más dos actividades vigorosas dos días a la semana. Conclusiones: Nuestro estudio objetiva que la actividad física realizada por nuestra muestra es baja.*

Palabras Clave: *Fisioterapia; Ejercicio; Actividad física.*

Introducción

Se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía (Organización Mundial de la Salud, OMS).

Se ha observado que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial.

La actividad física en niños y adolescentes consiste en juegos, deportes, actividades de ocio, educación física o ejercicios programados, en el contexto de la familia, la escuela o las actividades comunitarias.

Se recomienda (OMS):

- Como mínimo 60 minutos diarios de actividad física de moderada a vigorosa. Si el tiempo diario es mayor reportará mayores beneficios.

- La actividad física diaria debería ser, en su mayor parte, aeróbica. Convendría incorporar, como mínimo tres veces por semana, actividades vigorosas que refuercen, en particular, los músculos y huesos.

Objetivos

Objetivar la actividad física realizada por los niños y niñas que son derivados al Servicio de Fisioterapia por desviaciones en el raquis (hiperlordosis, escoliosis e hipercifosis dorsal).

Material y métodos

Estudio longitudinal retrospectivo realizado durante años los 2017-2018 en un centro de salud con una muestra de 76 niños y niñas de edades comprendidas entre los 9 y los 16 años.

Al inicio de la enseñanza se les pregunta a los niños qué actividad física realizan, frecuencia y tiempo.

Se da especial importancia al incremento de ésta, evitar posturas mantenidas (por ejemplo al estudiar levantarse cada 20 minutos), reducir los periodos sedentarios prologados (minimizar el tiempo de transporte motorizado (coche, autobús...) fomentando el transporte activo (bici, andar...) o al menos parte del trayecto y se les habla también de la importancia de limitar el tiempo delante de las pantallas a 2 horas al día.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Los niños y niñas derivados desde el Servicio de Rehabilitación acuden al Servicio de Fisioterapia para la enseñanza de ejercicios (estiramientos, potenciación de los diferentes grupos musculares dependiendo de la patología), pautas de higiene postural en las actividades de la vida diaria (AVDs) y mejora en su esquema corporal a través del feedback que proporciona un espejo.

La enseñanza se hace de forma individualizada y cada niño recibe una batería de ejercicios acorde a su patología (hipercifosis dorsal, escoliosis e hiperlordosis) también individual y adaptada a ella.

Se corrigen los ejercicios de forma diaria durante las 5-8 sesiones que dura el tratamiento haciendo especial hincapié en su esquema corporal.

Resultados

De los 76 niños, 40 realizan actividad física moderada sólo en el centro educativo (C.E), colegio o instituto, 45 minutos de duración 2 días a la semana. De la muestra hay 20 niños que realizan actividad física de las mismas características que el grupo anterior más una actividad vigorosa dos días a la semana durante 50 minutos y 16 de ellos realizan actividad física en el centro educativo de las mismas características que el primer grupo más dos actividades vigorosas dos días a la semana de 50 minutos de duración.

Conclusiones

Nuestro estudio objetiva que la actividad física realizada por nuestra muestra (76 niños y niñas de edades comprendidas entre los 9 y los 16 años) es baja ya que ninguno de los tres grupos sigue las recomendaciones proporcionadas por la OMS.

Es función del fisioterapeuta como agente de salud involucrar y fomentar un estilo de vida saludable y más en concreto el de la actividad física dado que ésta tiene multitud de beneficios para la salud tanto física como mental así como contribuir al desarrollo social de los jóvenes, su socialización e integración.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (2010). Recomendaciones mundiales de actividad física para la salud. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: 2010. Disponible en:http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243599977_spa.pdf.
2. 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.
3. 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.

Capítulo 15

Actuación de enfermería al paciente politraumatizado en urgencias extrahospitalarias

Díaz Rincón, Laura María

Ruiz López, María de Las Nieves

Álvarez Asensio, María de las Nieves

ACTUACION DE ENFERMERIA AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

INTRODUCCION

Se define al paciente politraumatizado como aquel paciente que presenta una asociación de múltiples lesiones traumáticas producidas por un mismo accidente y que suponen, aunque solo sea una de ellas, riesgo vital para el paciente.

OBJETIVOS

- ***Objetivo General:***
  - ✓ Conocer si una valoración sistemática y protocolizada al paciente politraumatizado mejora la morbi-mortalidad del mismo.
- ***Objetivos Específicos:***
  - ✓ Examinar la correcta actuación ante un paciente politraumatizado en un ambiente pre-hospitalario por parte de los profesionales de enfermería.

MATERIAL Y METODO

La metodología utilizada para realizar esta revisión ha sido una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos de ciencias de la salud: Cochrane, Dialnet, Scielo, Enfispo, Cuiden, Pubmed, Cinahl y Scopus.

Además de las bases de datos se ha utilizado el tercer capítulo del libro "Cuidados e intervenciones al paciente politraumatizado", la guía clínica "Politraumatizado" de la serie Guías Clínicas Minsal nº59 y el Boletín de Información Farmacoterapeútica de Navarra, volumen 16 "Manejo del paciente politraumatizado en el ámbito pre-hospitalario".

Palabras clave: Politraumatizado, Actuación inmediata, Cuidados del paciente, Vía aérea, Enfermera y Práctica clínica.

RESULTADOS

EVALUACION DEL POLITRAUMATIZADO

- **Evaluación primaria**: Debe seguirse un orden estricto en el ámbito pre-hospitalario. En la bibliografía encontrada se observa un consenso a la hora de la valoración inicial, aceptando todos el protocolo ABCDE del programa ATLS (Advanced Trauma Life Support):

A. Mantenimiento de la vía aérea con control cervical: El objetivo es la permeabilización de la vía aérea. Para ello buscaremos una obstrucción, si la hubiera.

B. Ventilación y oxigenación: El objetivo es comprobar si el paciente ventila "ver, oír y sentir". Si no ventila, se procederá al algoritmo de PCR. Si ventila, se administrará oxigeno suplementario y, posteriormente se observará elevación simétrica y movimiento del tórax.

C. Control de la hemorragia y circulación: La hemorragia es la principal causa de muerte tras un traumatismo. Por ello, el objetivo de este paso es detectar y controlar las hemorragias, así como buscar signos de shock identificativo. Para ello se utilizan cuatro elementos de observación: nivel de conciencia, coloración de la piel, pulso y hemorragia.

D. Valoración del estado neurológico: Se realizará un examen neurológico en el cual se valorará la existencia de TCE, facial o cervical; la respuesta pupilar, movimientos oculares y el nivel de conciencia según la Escala de Coma de Glasgow.

E. Exposición y protección frente al medio ambiente: Descubrir al paciente para exponer todas las lesiones del cuerpo, evitando la hipotermia.

- **Evaluación secundaria**: Se utiliza para detectar otras lesiones en el paciente politraumatizado. Este examen no se inicia hasta que no se haya realizado la valoración inicial y el paciente no esté hemodinámicamente estable. En esta fase se realizará la anamnesis, exploración física (cabeza, columna cervical, tórax, abdomen, etc.) y monitorización de signos vitales.







CONCLUSIONES

El traumatismo grave es la primera causa de mortalidad en menores de 45 años, y la tercera causa después de esta edad, dejando tras de sí un gran número de discapacitados y suponiendo un gran coste asistencial.

Una actuación rápida con una valoración completa y protocolizada nos ayudará a los profesionales de enfermería a realizar de forma prioritaria y ordenada aquellas técnicas que necesite el paciente sin retrasar su traslado a un hospital especializado, así como disminuir la mortalidad de estos pacientes.

Resumen: *Politraumatizado es aquel herido de origen traumático que presenta afectación de dos o más órganos producidos por un mismo accidente, y suponen al menos una de estas lesiones, riesgo vital para el paciente.*

El manejo inicial del paciente politraumatizado implica el conocimiento y puesta en práctica de una metodología sistemática de valoración y tratamiento con el fin de lograr dos objetivos principales:

La detección inmediata de los procesos que pueden acabar con la vida del paciente en muy corto espacio de tiempo.

El desarrollo de una sistemática de evaluación pormenorizada que evite que alguna lesión pueda pasar desapercibida.

Palabras Clave: *Politraumatizado; actuación inmediata; valoración primaria.*

Introducción y objetivos

La metodología de "Atención Inicial al Politraumatizado" está basada en el seguimiento de un procedimiento sistemático bien establecido, donde se imbrican simultáneamente procesos diagnósticos y terapéuticos, y cuyos objetivos son fundamentalmente dos:

1. Detectar de forma precoz lesiones de riesgo vital y solucionarlas de inmediato.
2. Efectuar un examen completo y sistemático del paciente, evitando obviar lesiones que de otra forma podrían pasar desapercibidas.

Materiales y métodos

Podemos dividir el mencionado proceso en 6 etapas:

1. Valoración primaria y resucitación.
2. Valoración secundaria.
3. Categorización y triage.
4. Derivación y transporte.
5. Reevalución continua.
6. Cuidados definitivos.

1. Valoración primaria y resucitación

Debe seguirse un orden estricto en el ámbito prehospitalario. En la bibliografía encontrada se observa un consenso a la hora de la valoración inicial, aceptando todos el protocolo ABCDE del programa ATLS (Advanced Trauma Life Support):

a. *Mantenimiento de la vía aérea con control cervical:* El objetivo es la permeabilización de la vía aérea. Para ello buscaremos una obstrucción, si la hubiera. La causa más común de obstruc-

ISBN: 978-84-949197-6-3

ción de la vía aérea en el paciente inconsciente es la caída del paladar blando y la lengua, sin embargo, no hay que olvidar la posibilidad de que el vómito, sangrado, secreciones y otros objetos extraños puedan ocluirla.

b. Ventilación y oxigenación: El objetivo es comprobar si el paciente ventila "ver, oír y sentir". Si no ventila, se procederá al algoritmo de PCR. Si ventila, se administrará oxígeno suplementario y, posteriormente se observará elevación simétrica y movimiento del tórax.

c. Control de la hemorragia y circulación: La hemorragia es la principal causa de muerte tras un traumatismo. Por ello, el objetivo de este paso es detectar y controlar las hemorragias, así como buscar signos de shock identificativo. Para ello se utilizan cuatro elementos de observación: nivel de conciencia, coloración de la piel, pulso y hemorragia.

d. Valoración del estado neurológico: Se realizará un examen neurológico en el cual se valorará la existencia de TCE, facial o cervical; la respuesta pupilar, movimientos oculares y el nivel de conciencia según la Escala de Coma de Glasgow. En esta escala una puntuación de 14-15 se relaciona con TCE leve, 9-13 moderado y menor a 8 grave. Una puntuación menor a 9 es indicativo de intubación endotraqueal.

e. Exposición y protección frente al medio ambiente: Descubrir al paciente para exponer todas las lesiones del cuerpo, evitando la hipotermia. Este punto es decisivo porque permite determinar la localización y extensión de las lesiones. Debemos considerar que la evaluación en la calle debe circunscribirse sólo a aquellas áreas donde se sospeche lesión, cuidando en todo momento la integridad y pudor del paciente.

2. Valoración secundaria

Se utiliza para detectar otras lesiones en el paciente politraumatizado. Este examen no se inicia hasta que no se haya realizado la valoración inicial y el paciente no esté hemodinámicamente estable. En esta fase se realizará la anamnesis, exploración física (cabeza, columna cervical, tórax, abdomen, etc.) y monitorización de signos vitales.

En la valoración secundaria se atenderán cuatro aspectos fundamentales:

- Reevaluación frecuente del ABCD.
- Anamnesis.
- Segundo examen físico.
- Estudios diagnósticos.

3. Categorización y triaje

Una vez que el paciente ha llegado al servicio de urgencias se le realizará el Triaje, que es un método de trabajo estructurado que permite una evaluación rápida de la gravedad de cada paciente, de una manera reglada, válida y reproducible, con el propósito de priorizar el orden de atención médica y determinar el lugar y medios apropiados.

4. Derivación y transporte

El objetivo del uso de técnicas de inmovilización de la columna vertebral y las extremidades es disminuir las consecuencias de una posible lesión primaria y evitar producir lesiones secundarias.

Actualmente existen dispositivos que permiten la inmovilización para la extracción segura del paciente y para la transferencia al hospital: Collarín cervical, tablero espinal, dama de leche, colchón de vacío, camilla tijera o cuchara.

5. Reevalución continua

Como se ha insistido en todo el proceso de atención inicial al paciente politraumatizado, el estado de la vía aérea, la protección de la columna cervical, la función respiratoria, el estado circulatorio y la evolución neurológica deben ser periódicamente reevaluados buscando cualquier signo de deterioro.

6. Cuidados definitivos

Las reglas del tratamiento definitivo son:

- Prioritariamente deben ser atendidas las lesiones que comprometen la supervivencia.
- Algunas lesiones con menor apariencia clínica pueden ser muy comprometedoras.
- Los procesos más graves deben ser los más sospechosos.
- El tratamiento del dolor debe ser juicioso.
- Es esencial la monitorización de los signos vitales.

Conclusiones

El traumatismo grave es la primera causa de mortalidad en menores de 45 años, y la tercera causa después de esta edad, dejando tras de sí un gran número de discapacitados y suponiendo un gran coste asistencial.

Una actuación rápida con una valoración completa y protocolizada nos ayudará a los profesionales de enfermería a realizar de forma prioritaria y ordenada aquellas técnicas que necesite el paciente sin retrasar su traslado a un hospital especializado, así como disminuir la mortalidad de estos pacientes.

Bibliografía

1. De la Fuente. F.J. Atención inicial al paciente politraumatizado. Cuidados e Intervenciones al paciente politraumatizado. 2ª Edición. Logos formación continuada; p.81-120.
2. Gómez Martínez. V, Ayuso Baptista. F, Jiménez Moral. G, Chacón Manzano. MC. Recomendaciones de buena práctica clínica: Atención inicial al paciente politraumatizado. Formación continuada [Internet]: Vol 34 (7). 2008; p.321-372.
3. Jiménez Murillo. L, Montero Pérez. F.J. Protocolos de Actuación en Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. Madrid: Elsevier, 2004.

Capítulo 16

Actuación enfermera en la neuroprotección con hipotermia activa

Hernández Blasco, Elena

Antequera Gil, Antonia

ACTUACIÓN ENFERMERA EN LA NEUROPROTECCIÓN CON HIPOTERMIA ACTIVA.

INTRODUCCIÓN

La encefalopatía hipóxico-isquémica se define como la deficiencia del aporte de oxígeno y/o perfusión sanguínea adecuados al neonato durante el periodo periparto. En los últimos años se han desarrollado las terapias de neuroprotección para combatirla, siendo la **hipotermia activa** la más usada. Consiste en la disminución del metabolismo cerebral y prevención del edema cerebral a consecuencia de las bajas temperaturas.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Ingreso urgente de un Recién nacido por cesárea por **bradicardia mantenida durante diez minutos**. Requiere masaje durante 10-15 segundos y dos dosis de adrenalina intratraqueal. Apgar 4/5/7. **A su llegada a la UCIN intubado y con medidas de hipotermia pasiva. Saturación de oxígeno al 90% preductal. Hipotonía central.**

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS

Diagnósticos	Intervenciones	Resultados
- Riesgo de infección. - Hipotermia -Riesgo de perfusión cerebral ineficaz	- Monitorización de los signos vitales - Regulación de la temperatura - Monitorización cerebral.	-Perfusión cerebral: Inicial: T1, final: T5. - Termorregulación: Inicial: T1, final: T5.

DISCUSIÓN

Se coloca el monitor de función cerebral y se inició hipotermia a 33.5ºC a las 3 horas de vida, con monitorización rectal de la temperatura y con sedación con fentanilo. El recalentamiento se realizó tras 72 horas con el tratamiento no permitiendo un aumento de temperatura mayor de 37.5ºC.



CONCLUSIONES

Los RN afectados por encefalopatía hipóxico-isquémica tratados con hipotermia moderada presentan una reducción de la mortalidad y en las secuelas neurológicas mejorando el pronóstico de los neonatos con dicha patología. Sería conveniente realizar un protocolo estandarizado de enfermería sobre dicha terapia.

Resumen: *La hipotermia activa consiste en la disminución del metabolismo cerebral y prevención del edema cerebral. Se engloba en las terapias de neuroprotección más utilizadas.*

Presentamos un caso clínico de un neonato con bradicardia mantenida durante diez minutos. Requiere masaje durante 10-15 segundos y dos dosis de adrenalina intratraqueal. Apgar 4/5/7. Llega a UCIN intubado y con hipotermia pasiva. Saturación: 90% preductal. Hipotonía central. Nos disponemos a iniciar la terapia de hipotermia activa y un plan de cuidados de enfermería.

Los neonatos con encefalopatía hipóxico-isquémico tratados con hipotermia presentan una reducción de la mortalidad y de las secuelas neurológicas.

Palabras Clave: *Neuroprotección; Recién Nacido; encefalopatías.*

Introducción

La encefalopatía hipóxico-isquémica se define como la deficiencia del aporte de oxígeno y/o perfusión sanguínea adecuados al neonato durante el periodo periparto. No solo puede ocasionar la muerte del recién nacido, sino que además, en el caso de supervivencia, puede producir secuelas graves e irreversibles. En los últimos años, se han desarrollado las terapias de neuroprotección para combatirla, siendo la hipotermia activa la más utilizada y por tanto de interés para la práctica profesional.

La terapia de hipotermia activa se basa en la disminución del metabolismo cerebral y prevención del edema cerebral a consecuencia de las bajas temperaturas. Es una técnica que en España solo se realiza en los hospitales de tercer nivel es importante recordar el papel de enfermería en los cuidados de este paciente y aplicación de esta técnica.

Observación clínica

En nuestro caso se nos presenta un ingreso urgente de un neonato, nacido por cesárea, por bradicardia mantenida durante diez minutos. Requiere masaje durante 10-15 segundos y dos dosis de adrenalina intratraqueal. Apgar 4/5/7. Llega a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) intubado y con hipotermia pasiva. Con saturación de oxígeno de 90% preductal y presentando hipotonía central.

Plan de cuidados enfermeros

Para abordar el caso realizamos un plan de cuidados de enfermería donde seleccionamos como diagnósticos NANDA:

- El riesgo de infección

- La hipotermia

- El riesgo de Perfusión cerebral ineficaz

Como objetivos NOC nos planteamos los siguientes:

ISBN: 978-84-949197-6-3

- Perfusión cerebral

- Termorregulación

Como actividades NIC empleamos:

- La monitorización de los signos vitales (saturación de oxígeno, frecuencia cardiaca, temperatura rectal, presión intracraneal (PIC).

- La regulación de la temperatura iniciando la hipotermia a 33.5º.

- La monitorización cerebral.

Finalmente, tras realizar el plan de cuidados, valoramos los resultados de los objetivos antes enumerados basándonos en la escala Likert, consiguiendo pasar de un valor T1 (gravemente comprometido) a un T5 (no comprometido) en el objetivo de perfusión cerebral. En el siguiente objetivo planteado, termorregulación, se obtienen resultados similares, pasando también de un estado inicial de T1 (extremadamente comprometido) a un T5 (no comprometido).

Discusión

Se coloca monitor de función cerebral y se inicia hipotermia a 33.5ºC a las tres horas de vida, con monitorización rectal de la temperatura y con sedación de fentanilo. El recalentamiento se realizó tras 72 horas con el tratamiento no permitiendo un aumento de temperatura mayor de 37.5ºC.

Conclusiones

Los recién nacidos afectados por encefalopatía hipóxico-isquémica tratados con hipotermia moderada presentan una reducción de la mortalidad y en las secuelas neurológicas mejorando el pronóstico de los neonatos con dicha patología. Sin embargo, es una técnica aún poco usada, ya que solo se tiene el material necesario en los hospitales de tercer nivel, lo que se traduce en un desconocimiento de la técnica por la mayoría de profesionales, por lo tanto, sería conveniente realizar un protocolo estandarizado de enfermería sobre dicha terapia.

Bibliografía

1. Blanco a D, García-Alix A, Valverde E. Neuroprotección con hipotermia en el recién nacido con encefalopatía hipóxico-isquémica. Guía de estándares para su aplicación clínica. An Pediatr (Barc). 2011;75(5):341.e1---341.e20
2. Luz Astrid Celis, MD. Hipotermia terapéutica en asfixia perinatal. CCAP. Volumen 12. N. 2
3. Silvera F. Hipotermia en recién nacidos con asfixia perinatal. Arch. Pediatr. Urug. vol. 82 nº. 3 Montevideo 2011.
4. Tascón García, V. Manejo de la hipotermia activa en el recién nacido y aplicación de los cuidados de enfermería en la UCI Neonatal del Complejo Asistencial Universitario de León. Congreso XXXVIII ANECIPN.

Capítulo 17

Adicción a las redes sociales

Gutiérrez Ramírez, Sofía

Ramíres Velasco, María de los Ángeles

Laguna Sánchez, María Aránzazu

Carrillo Palomo, Concepción

ADICCIÓN A LAS REDES SOCIALES



Introducción

1. **Smartphone**

* Nos permite conexión las 24h
* España, líder en su consumo en 2017
* 98% de los usuarios españoles acceden a través del móvil a las RRSS una media de 170min/día

2. SERES HUMANOS: Sociales → Necesidad de pertenecer a un grupo → RRSS satisfacen esta necesidad dónde y cuándo queramos → USO ABUSIVO

3. **FEAR OF MISSING OUT**

"Miedo a quedarse fuera". Necesidad de pertenecer a un grupo social e interaccionar continuamente. (FOMO)

Objetivos

¿Podemos hablar o no de adicción?

*Factores sociodemográficos
*Psicopatologías de base
*Variables asociadas
*Influencia del FOMO

Material y método

Revisión bibliográfica

Cadena de búsqueda: "fear of missing out" AND "addiction" → 170 artículos encontrados en bases de datos científicas → Filtro por criterios de exclusión/inclusión → 10 artículos para la realización de resultados

Resultados

- Ansiedad y depresión
- Malestar emocional
- Personalidades negativas (baja autoestima, poca tolerancia al estrés..)

Síntomas similares al abuso de sustancias

- Condiciones sociales negativas (soledad, marginalidad...)
- Bajo autocontrol
- Necesidad de contacto
- Extroversión, neurocitismo y narcisismo

Aumentan el nivel de FOMO — Jóvenes y mujeres

relacionado con predisposición a un uso abusivo

Conclusiones

- Existe un perfil de posible persona con uso abusivo.
- Podemos observar una alteración conductual con signos y síntomas pero no podemos hablar de adicción como tal, por no estar incluido en ningún manual diagnóstico, pero si hablar de un uso abusivo o problemático.
- Se destaca la necesidad de investigaciones futuras para poder abordar este problema desde un ámbito interdisciplinar. Desde la enfermía debemos conocer el perfil del paciente y los posibles signos y síntomas para poder intervenir a través de la Educación para la salud, al igual que con otras adicciones, así como ayudar a superar el problema de base.

Referencias bibliográficas

+información

código QR

Resumen: *Introducción: En los últimos años ha surgido el debate sobre si existe o no adicción a internet y redes sociales, por generar comportamientos similares al abuso de tóxicos entre otros. Objetivos: Establecer si podemos hablar o no de adicción como tal e identificar variables comunes de estos sujetos. Material y método: Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica, a través de un análisis de artículos obtenidos de bases de datos científicas. Resultados y conclusiones: Encontramos la existencia de un uso abusivo con signos y síntomas, en el que influyen numerosas variables psicosociales, destacando el "FOMO" (miedo a quedarse fuera).*

Palabras Clave: *Addiction; fear of missing out; new technologies.*

Introducción

Cada vez se plantea más la existencia de si se puede desarrollar una adicción a las nuevas tecnologías o si simplemente es una adaptación de nuestro comportamiento social a la informatización de nuestro estilo de vida.

Esta cuestión empieza a surgir cuando se empieza a considerar que ser adicto, no solo implica la presencia de una sustancia tóxica que nos modifique el funcionamiento del Sistema Nervioso Central, sino que también puede ser un comportamiento desmedido por algo que nos genera dependencia, pérdida de control, del nivel de conciencia y nos delimita nuestra libertad e intereses.

El 66 % de la población mundial posee móvil (principal medio de acceso a internet), siendo España líder mundial en el consumo de móviles en el 2017, utilizándolo de media unos 170 minutos al día.

Los seres humanos tenemos la necesidad de pertenecer a un grupo y somos seres sociales con miedo a estar solos, encontramos que las redes sociales nos proporcionan esa «satisfacción» dónde y cuándo queremos, lo que puede derivar a un uso inadecuado del móvil. Para describir esta situación encontramos el término fear of missing out/miedo a quedarse fuera (FOMO), que nos describe el nivel de dependencia social que posee cada individuo. En relación con esto, encontramos que a través de las redes sociales (RRSS) podemos comunicarnos con cualquier persona de mundo con un perfil en la red, independientemente de nuestras características socio-demográficas o personales.

Objetivos

Establecer a través de la revisión de la bibliografía encontrada, si podemos hablar o no de adicción como tal a las RRSS.

Identificar:

- Factores socio-demográficos que influyen en el nivel de uso.
- Psicopatologías de base.
- Variables asociadas a que un sujeto sea más propenso a realizar un mal uso de las redes.
- Influencia del nivel de FOMO en la adicción a las redes sociales.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Material y método

Revisión bibliográfica de artículos científicos realizada a través de diversas bases de datos (Scopus, Pubmed, WOS y la Cochrane Plus, siendo necesaria la posterior inclusión del buscador Google Academic), teniendo en cuenta que el tema elegido es relativamente actual, y no existen demasiadas publicaciones sobre estudios de carácter científico que aborden la adicción a las RRSS, por lo que se ha pasado por varias fases antes de poder encontrar la combinación adecuada de palabras clave.

Se estableció así la cadena de búsqueda definitiva: ("fear of missing out" AND "addiction"), obteniendo sólo 10 artículos disponibles para la realización de los resultados tras filtrarlos por nuestros criterios de inclusión/exclusión, debido a la escasez de bibliografía científica sobre este tema.

Criterios de inclusión:

- Año de publicación ≥ 2010.
- Artículos en castellano e inglés.
- Que sean accesibles.
- Estudios publicados y revisados.
- Que nos den respuesta a al menos uno de los objetivos planteados.

Criterios de exclusión:

- Artículos que tras su lectura no se adecuaban al tema o no respondían ningún objetivo planteado.

Resultados

Tras la lectura y análisis de los artículos, podemos observar como todos hacen referencia a la existencia actual de un uso abusivo, problemático o inadecuado de las RRSS, no obstante, todos los autores coinciden en la posible existencia de una adicción.

Se observa una relación con el género y la edad, siendo los individuos con uso abusivo mayoritariamente mujeres y de edades jóvenes, aunque las muestras utilizadas en los estudios no son equitativas ni en cuanto al número de hombres y mujeres, ni al rango de edad, por esto, en algunos artículos se establece que no se pueden identificar los factores sociodemográficos como una variable predictiva, pero sí establecer una población de riesgo.

En cambio, se observa que la ansiedad y la depresión están relacionadas con el abuso, solo encontramos dos artículos en los que relacionan la depresión en un mayor grado. Podemos establecer las redes sociales como mecanismos compensatorios de estas psicopatologías y relacionadas con un aumento de nivel de FOMO. También tienen relación inversa, es decir, el abuso de las redes sociales puede incrementar los niveles de ansiedad y depresión.

De igual forma, podemos relacionarlo con características sociales y de la personalidad, como la baja autoestima y la soledad, la marginalidad, el malestar emocional, poca tolerancia al estrés, bajo autocontrol, necesidad de contacto u otras como extraversión, neurocitismo y narcisismo.

El tiempo de uso no es significativo en estos casos, ya que, estamos sufriendo una gran informatización de nuestro día a día, siendo lo realmente importante identificar los comportamientos desmedidos de los individuos.

Los cuestionarios que miden el nivel de FOMO, serían los más fiables para establecer la susceptibilidad de un individuo a presentar un uso abusivo, estando un nivel alto de este relacionado directamente.

En dichos estudios también se han podido observar consecuencias negativas derivadas de la adicción, como la disminución del rendimiento, phubbing, nomofobia, incremento de los niveles de ansiedad y depresión, peor calidad del sueño, estrés y hasta síntomas similares al abuso de tóxicos.

Conclusiones

Existe un perfil de posible persona con uso abusivo.

Podemos observar una alteración conductual con signos y síntomas pero no podemos hablar de adicción como tal, por no estar incluido en ningún manual diagnóstico, pero si hablar de un uso abusivo o problemático.

Se destaca la necesidad de investigaciones futuras para poder abordar este problema desde un ámbito interdisciplinar. Desde la enfermería debemos conocer el perfil del paciente y los posibles signos y síntomas para poder intervenir a través de la Educación para la salud, al igual que con otras adicciones, así como ayudar a superar el problema de base.

Bibliografía

1. Wolniewicz CA, Tiamiyu MF, Weeks JW, Elhai JD. Problematic smartphone use and relations with negative affect, fear of missing out, and fear of negative and positive evaluation. Psychiatry Res [Internet]. 25 de septiembre de 2017 [citado 13 de enero de 2019]. Disponible en: http://www.psy-journal.com/article/S0165-1781(17)30901-0/fulltext.

2. Wegmann E, Oberst U, Stodt B, Brand M. Online-specific fear of missing out and Internet-use expectancies contribute to symptoms of Internet-communication disorder. Addict Behav Rep. [Internet] 1 de junio de 2017 [citado 17 de enero de 2019]; 5:33-42 Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5800583/.

3. Elhai JD, Levine JC, Dvorak RD, Hall BJ. Fear of missing out, need for touch, anxiety and depression are related to problematic smartphone use. Comput Hum Behav. [Internet] 1 de octubre de 2016 [citado 17 de enero de 2019]; 63:509-16. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0747563216304125.

4. Błachnio A, Przepiórka A. Facebook intrusion, fear of missing out, narcissism, and life satisfaction: A cross-sectional study. Psychiatry Res. [Internet] 1 de enero de 2018 [citado 17 de enero de 2019]; 259:514-9. Disponible en: http://www.psy-journal.com/article/S0165-1781(17)31167-8/fulltext.

5. Gil F, Oberst U, Valle GD, Chamarro A. Nuevas tecnologías - ¿Nuevas patologías? El Smartphone y el fear of missing out. Aloma Rev Psicol Ciènc Educ Esport [Internet]. 24 de noviembre de 2015 [citado 17 de enero de 2019]; 33(2). Disponible en: http://www.revistaaloma.net/index.php/aloma/article/view/277.

Capítulo 18

Administración de inhaladores presurizados con cámara inhalatoria

Saucedo García, María Estrella

Rodríguez López, Rosa María;

Bastante Villaseñor, Raquel

Resumen: *El asma es la enfermedad crónica más frecuente en los niños, siendo la vía inhalatoria la de primera elección mediante el uso de inhaladores para la administración del tratamiento farmacológico necesario. Es imprescindible una educación y aprendizaje adecuado de la técnica de inhalación, ya que su correcta realización garantiza la biodisponibilidad del fármaco en la vía aérea inferior y la eficacia terapéutica de los inhaladores presurizados.*

Palabras Clave: *Asma; inhaladores de dosis medida; inhalación.*

Introducción

El asma es definida por la OMS como «una enfermedad crónica que se caracteriza por ataques recurrentes de disnea, tos y sibilancias, que varían en severidad y frecuencia de una persona a otra. Los síntomas pueden sobrevenir varias veces al día o a la semana, y en algunas personas se agravan durante la actividad física o por la noche».

Objetivo

Aprender correctamente la técnica de inhalación con cámara inhaladora o espaciadora de los inhaladores presurizados o MDI en inglés (Metered Dose Inhalers/Inhaladores de Dosis Medida). Los inhaladores de polvo seco no precisan cámara para su administración.

Material y método

Se utilizan guías específicas oficiales y consensuadas para la educación a pacientes y familiares. Se procede a explicar la técnica, como parte de la educación terapéutica que realizamos en la consulta de enfermería.

Técnica de administración de inhalador presurizado con la cámara inhaladora o espaciadora:

1. Agitar el inhalador, en posición vertical.
2. Acoplar el inhalador a la cámara espaciadora por la parte posterior de la misma.
3. Exhalar el aire completamente.
4. Colocar la boquilla dentro de la boca, sellando bien con los labios para evitar fugas, y a continuación apretar 1 sola vez el inhalador. Realizar unas 4 o 5 inhalaciones profundas por la boca, durante 10 segundos (en pacientes que no controlan la respiración) o 1 sola aguantando el aire sin soltarlo durante el mismo tiempo (pasado este tiempo, soltarlo lentamente).
5. Repetir los pasos anteriores si es necesario realizar una nueva inhalación, dejando un intervalo de unos 30 segundos entre cada pulsación.

En pacientes lactantes y de corta edad que no controlen la respiración, es necesario el uso de una mascarilla facial para cubrir toda la zona nariz-boca, asegurando así la correcta administración del fármaco. La mascarilla ha de ser sin orificios, de material flexible y debe unirse a la zona de la boquilla, realizando la técnica de manera similar.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Técnica de administración de inhalador presurizado con la cámara inhaladora o espaciadora y mascarilla:

1. Colocar al niño en la posición adecuada, en la que podamos controlar la zona de la cara.
2. Agitar el inhalador verticalmente y acoplarlo a la cámara espaciadora con mascarilla.
3. Colocar la mascarilla tapando la zona de nariz y boca, ajustando y sellando bien para evitar fugas de medicación (si el niño cabecea la mascarilla se despega y no se inhala todo el fármaco).
4. Pulsar 1 vez el inhalador, y esperar a que el niño haga 4 0 5 respiraciones, o esperar unos 10 segundos.
5. Si necesita más inhalaciones, volver a agitar el inhalador y repetir los pasos previos.

Resultado y conclusiones

El aprendizaje correcto de la técnica de inhalación se ha mostrado como imprescindible para la adecuada administración de los inhaladores presurizados con su correspondiente cámara de inhalación o espaciadora, ya que se alcanzan mayores cifras de depósito pulmonar del fármaco que sin su uso, aumentando la eficacia del tratamiento farmacológico y obteniendo así una disminución y control de los síntomas y una mejora en la calidad de vida del paciente.

Bibliografía

1. Úbeda Sansano MI, Cortés Rico O, Praena Crespo M. Dispositivos de inhalación. El Pediatra de Atención Primaria y los dispositivos de inhalación. Documentos técnicos del GVR (publicación DT-GVR-X) [consultado 20/06/2019]. Disponible en: http://www.respirar.org/index.php/grupo-vias-respiratorias/protocolos.
2. Oca J, Ruiz MT, Cacicedo R, Gutierrez I, Amarán M, Pérez E. Evaluación de la utilización de la administración de fármacos mediante la técnica de inhalación. Enfermería Clínica. 2004;14(4):187-93.
3. González MM, Montejo C, Gil M. Evaluación de la técnica inhalatoria y la adherencia al tratamiento con inhaladores en farmacia comunitaria. Pharm Care Esp. 2019:21(1):41-64.
4. Benito E, Pérez M, Alijarde R, Benito B, García M, Bueno M. Evaluación sobre el uso incorrecto de los dispositivos de inhalación. NURE investigación. 2018:15(95)218.

Capítulo 19

Administración de medicación en una UCI. Errores y posibles mejoras

Ramos Díaz-Pabón, Ana
Toledo González, María Beatriz
Domínguez Tapiador, Beatriz
de la Peña Velando, Patricia
Morales Martín, Ángela
Musa Alí, Bohavid

Administración de medicación en una UCI – Errores y posibles mejoras

Revisión Bibliográfica e inicio de estudio



Resumen:
La revisión bibliográfica realizada ha intentado definir y analizar la administración de medicación en una unidad de cuidados intensivos y los posibles errores y mejoras que en torno a ello podemos encontrar y realizar.
En base a ellos se han marcado los objetivos bajo la hipótesis de que la formación específica y los dispositivos de ayuda o mejora, ayudan y previenen el error.
La carga de trabajo, la inexperiencia, el cansancio, la administración de múltiples medicamentos o problemas con la trascripción o prescripción del medicamento son influyentes a la hora de cometer un error.
Los trabajos revisados y que han sido reforzados con un cuestionario cumplimentado por el personal de Reanimación de HGCR, tratan la administración de medicación y los errores en ella de la misma forma, la líneas de mejora o los motivos del error coinciden no solo en ámbito Nacional sino también Internacional, haciendo de la administración de medicación una acción generalizada a nivel Mundial, habiendo además tomado parte en ello la OMS .

Autores

Objetivo

Principal

- Analizar y examinar la correcta administración de medicación por parte del personal enfermero en una unidad de cuidados intensivos.

Secundarios

- Contrastar las opiniones del personal de enfermería de la Unidad de cuidados intensivos del Hospital General Universitario de Ciudad Real
- Definir si fuera preciso mejoras en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Hipótesis

"La información y docencia al personal del enfermería en torno a la administración de medicación, así como los dispositivos de mejora para esta y la trasparencia en la misma, son de vital importancia para el paciente y el buen transcurso de la unidad"



Metodología

El presente estudio es una Revisión Bibliográfica.
Los criterios de inclusión han sido documentos encontrados con una antigüedad menor a 10 años respaldados por Organizaciones Nacionales o Internacionales con rigor científico (pubmed, cuidatge, documed, enfispo), artículos o tesis en su versión web y libros o documentos escritos, relacionados con las palabras clave indicadas y el modelo de atención de enfermería que guía en la actualidad la practica enfermera. También se han tenido en cuenta documentos de publicaciones de libros de texto con fines docentes o trabajos realizados con anterioridad por la titular de la actual tesis.
Los criterios de exclusión han sido, dentro de la documentación seleccionada, eliminar todos los documentos, tesis o estudios con especificidad en la administración de medicación de un solo fármaco, una antigüedad superior a 10 años.
Como excepción en la inclusión de documentos no documentados se incluye como parte de la revisión dentro de la parte de discusión, cuestionario respondido por el personal de enfermería de la UCI del Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGUCR)



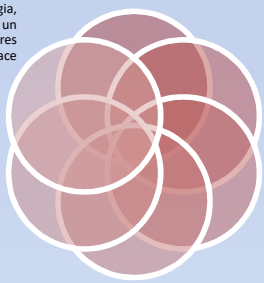
1- Tecnología de Códigos de barras: Sistema que permite asociar de forma individualizada la medicación al paciente, previniendo las etapas de trascripción, dispensación y administración, siendo esta ultima la más crítica.





6- Sistema de reporte voluntario de errores: Esta estrategia, permite reportar los errores de forma rápida y sencilla sin un elevado coste, pudiendo dar gran información sobre los errores cometidos para así solventarlos y poner medida sobre ellos. Hace que el equipo trabaje de forma más unida y trasparente.





2- Bombas inteligentes de infusión de fármacos endovenosos: Incluyen un software de seguridad con una biblioteca de fármacos que hace posible la protocolización de terapias de infusión, mediante programación de niveles de alarma con límites preestablecidos en relación a dosis de medicamentos, velocidad de infusión, unidad de dosificación o concentración del fármaco. Como hándicap, podemos encontrar que las bombas pueden ser manipuladas o "engañadas" dejando de cumplir su principal función y tarea de diseño, así como el elevado coste de implantación de las mismas en las UCI



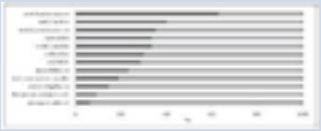
5- Educación y capacitación al personal sanitario: Esta opción es primordial y de vital importancia para el buen desarrollo de la administración de medicación. La formación en todos los sectores es un pilar básico para el buen desarrollo laboral, más aun en un sector en el que los fármacos cambian casi de forma continua.

3- Incorporación de farmacéuticos en las UCI: A lo largo de los años, la presencia de un profesional de farmacia se ha integrado de forma más directa dentro de la evaluación y asistencia fármaco terapéutica de los pacientes, haciéndolos parte activa de los equipos integrales de salud. Sin embargo esta opción nos habla de que el ingreso de un químico farmacéutico DENTRO de las unidades de cuidados intensivos, disminuye los costes de medicación y reduce la incidencia de efectos adversos potenciales.



4- Protocolización / Estandarización de la medicación: Elimina la plurifarmacia y estandariza ciertos procesos generales como el cuidado de Ulceras por Presión (UPP), preparación y estandarización de fármacos, sedoanalgesia etc.





Resultados

El objetivo principal ha sido alcanzado. En la revisión hemos analizado y examinado diferentes artículos que a su vez estudiaron los errores de administración de medicación en diferentes unidades de cuidados intensivos encontrando claras similitudes en todos ellos.
Con respecto a los **objetivos secundarios y en concreto a los cuestionarios pasados a los trabajadores del HGCR**,el personal afirma cometer y haber sido testigo de errores, marca los antibióticos como uno de los grandes errores de administración e identifican la carga de trabajo, la inexperiencia o problemas con la prescripción como los grandes causantes del error en la administración. Queda pendiente y como línea de mejora definir mejoras en la UCI del HGCR.
La hipótesis planteada queda confirmada y de manifiesto.

Conclusiones

- El paciente de UCI es un paciente sensible de sufrir más errores de medicación que otros pacientes por, lo crítico de su situación, la imposibilidad en muchas ocasiones de comunicarse, la pluripatología y plurifarmacia a la que esta sujeto. En este contexto, los errores de medicación y la administración en sí, es un trabajo pulcro y complejo que fácilmente se ve socavado por múltiples factores de difícil control y manejo.
- Los errores cometidos tienen diferentes orígenes o detonantes comunes en todas las unidades y existen líneas de mejora que van desde la prevención individual a la inversión por parte de cada centro en tecnología, formación, creación de guías y refuerzo positivo del personal no personalizando el error.
- La petición y búsqueda de la OMS de reducir los errores al 50% dejan de manifiesto que es un "problema" el cual hay que atajar y solventar
- En términos generales, y como conclusión general, todos los trabajos revisados y que han sido reforzados con el cuestionario, tratan la administración de medicación y los errores en ella, de la misma forma, la líneas de mejora o los motivos del error coinciden no solo en ámbito Nacional sino también Internacional, haciendo de la administración de medicación una acción generalizada a nivel Mundial, habiendo además tomado parte en ello la OMS.

Resumen: *La revisión bibliográfica realizada ha intentado definir y analizar la administración de medicación en una unidad de cuidados intensivos y los posibles errores y mejoras*

En base a ello se han marcado objetivos bajo la hipótesis de que la formación específica y los dispositivos de ayuda o mejora, ayudan y previenen el error.

La carga de trabajo, la inexperiencia, el cansancio, etc. son influyentes a la hora de cometer un error.

Las líneas de mejora o los motivos del error coinciden no solo en ámbito Nacional sino también Internacional, habiendo tomado parte de ello la Organización Mundial de la Salud.

Palabras Clave: *Administración; errores; medicación.*

Introducción

El presente estudio es una Revisión Bibliográfica e inicio de estudio en enfermeras del Hospital General de Ciudad Real.

Los criterios de inclusión han sido documentos encontrados con una antigüedad menor a 10 años respaldados por Organizaciones Nacionales o Internacionales con rigor científico (pubmed, cuidatge, documed, enfispo), artículos o tesis en su versión web y libros o documentos escritos, relacionados con las palabras clave indicadas y el modelo de atención de enfermería que guía en la actualidad la practica enfermera.

También se han tenido en cuenta documentos de publicaciones de libros de texto con fines docentes o trabajos realizados con anterioridad por la titular de la actual tesis.

Los criterios de exclusión han sido, dentro de la documentación seleccionada, eliminar todos los documentos, tesis o estudios con especificidad en la administración de medicación de un solo fármaco, una antigüedad superior a 10 años.

Como excepción en la inclusión de documentos no documentados se incluye como parte de la revisión dentro de la parte de discusión, cuestionario respondido por el personal de enfermería de la UCI del Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGUCR).

Objetivos

Los objetivos marcados en la revisión fueron:

Principal. Analizar y examinar la correcta administración de medicación por parte del personal enfermero en una unidad de cuidados intensivos.

Secundarios

- Contrastar las opiniones del personal de enfermería de la Unidad de cuidados intensivos del Hospital General Universitario de Ciudad Real
- Definir si fuera preciso mejoras en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Universitario de Ciudad Real.

ISBN: 978-84-949197-6-3

- Aunque la Hipótesis no es obligación de una revisión se marcó por ser inherente el trabajo manipulativo de la enfermería dentro de los objetivos siendo ambiciosos y queriendo iniciar estudio.

"La información y docencia al personal del enfermería en torno a la administración de medicación, así como los dispositivos de mejora para ésta y la trasparencia en la misma, son de vital importancia para el paciente y el buen transcurso de la unidad"

Resultados

El objetivo principal ha sido alcanzado. En la revisión hemos analizado y examinado diferentes artículos que a su vez estudiaron los errores de administración de medicación en diferentes unidades de cuidados intensivos encontrando claras similitudes en todos ellos.

Con respecto a los objetivos secundarios y en concreto a los cuestionarios pasados a los trabajadores del HGCR, el personal afirma cometer y haber sido testigo de errores, marca los antibióticos como uno de los grandes errores de administración e identifican la carga de trabajo, la inexperiencia o problemas con la prescripción como los grandes causantes del error en la administración. Queda pendiente y como línea de mejora definir mejoras en la UCI del HGCR.

La hipótesis planteada queda confirmada y de manifiesto.

Dentro de los dispositivos de mejora se encontraron:

- Tecnología de código de barras.
- Sistema de reporte voluntario de errores.
- Bombas inteligentes de infusión de fármacos endovenosos
- Incorporación de farmacéuticos en las UCI
- Educación y capacitación del personal sanitario
- Protocolización / Estandarización de la medicación.

Conclusiones

- El paciente de UCI es un paciente sensible de sufrir más errores de medicación que otros pacientes por, lo crítico de su situación, la imposibilidad en muchas ocasiones de comunicarse, la pluripatología y plurifarmacia a la que esta sujeto. En este contexto, los errores de medicación y la administración en sí, es un trabajo pulcro y complejo que fácilmente se ve socavado por múltiples factores de difícil control y manejo.
- Los errores cometidos tienen diferentes orígenes o detonantes comunes en todas las unidades y existen líneas de mejora que van desde la prevención individual a la inversión por parte de cada centro en tecnología, formación, creación de guías y refuerzo positivo del personal no personalizando el error.
- La petición y búsqueda de la OMS de reducir los errores al 50% dejan de manifiesto que es un "problema" el cual hay que atajar y solventar.
- En términos generales, y como conclusión general, todos los trabajos revisados y que han sido reforzados con el cuestionario, tratan la administración de medicación y los errores en ella,

de la misma forma, la líneas de mejora o los motivos del error coinciden no solo en ámbito Nacional sino también Internacional, haciendo de la administración de medicación una acción generalizada a nivel Mundial, habiendo además tomado parte en ello la OMS.

Bibliografía

1. Gladys Lourdes De la Fuente M.; Delia A. Rengifo B. – Errores mas frecuentes en el que incurre el profesional de enfermero en la adminsitracion de medicación al paciente hospitalizado. Universidad Wiener. Lima – Peru 2016.
2. Prezi.com (internet).España: Aynara Baena;30/05/2014(29/09/2018).Disponible en: https://prezi.com/xu8sxhwljfmo/transcripcion-de-medicamentos/.
3. Nicole Salazar L.;Lorena Rojas A; Marcela Jirón A.;Carlos Romero P – Errores de medicación en la Unidad de Cuidados Intensivos .Revista Hospitalaria Clinica Universidad de Chile 2012;23:114-22.
4. Stoperroresdemedicacion (internet).España.Emilio Monte.Septiembre 2013 (19/11/2016 ; 20/10/2018). Disponible en : https://www.stoperroresdemedicacion.org/.
5. Hernandez Salvador M, Garcia Gomez C.Errores de Medicacion. Experiencias en el ámbito hospitalario para prevenir errores relacionados con la medicación. Disponible en : http://sescam.jccm.es/web1/profesionales/farmacia/uso Racional/documentos /X_04_ErroresMedicacion.pdf.

Capítulo 20

Administración de surfactante a través de catéter LISA, a propósito de un caso

García Muñoz de Morales, Marta

Sobrino Sobrino, Ángeles

Muñoz de Morales Ortiz, Ana María

ADMINISTRACIÓN DE SURFACTANTE A TRAVÉS DE CATETER LISA, A PROPÓSITO DE UN CASO

INTRODUCCIÓN

La terapia con surfactante es fundamental en el manejo de recién nacidos prematuros con síndrome de distrés respiratorio (SDR). Tradicionalmente era necesaria la intubación endotraqueal para su administración, pero estudios recientes evidencian beneficios de surfactar sin intubar al paciente. Destaca la reducción de: casos de broncodisplasia pulmonar, riesgos asociados a la técnica de intubación e incidencia de neumotórax y hemorragia intraventricular.
Una de las técnicas usadas consiste en la administración de surfactante a través de un catéter fino flexible llamado LISA (Less Invasive Surfactant Administration) colocado en la tráquea bajo laringoscopía mientras el RN se mantiene en CPAP nasal.





OBSERVACIÓN CLÍNICA

Recién nacido pretérmino de edad gestacional 33+1 semanas que ingresa en UCI neonatal por prematuridad.
Nace sin esfuerzo espiratorio precisando ventilación con BiPAP desde su nacimiento. A pesar del soporte ventilatorio comienza a realizar apneas y persiste trabajo respiratorio que va en aumento, por lo que a las 23h de vida se decide surfactar con técnica LISA. Se introducen 240mg de surfactante pulmonar a través del catéter endotraqueal durante 2-3min, previo bolo de cloruro mórfico. La técnica se realiza sin incidencias, aspirándose contenido gástrico y sin hallar restos de surfactante.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

DIAGNÓSTICO NANDA	R/C	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	ACTUACIONES
00032/ Patrón respiratorio ineficaz	- Síndrome de hipoventilación - Inmadurez neurológica - Fatiga de los músculos respiratorios	- 403 Estado respiratorio: ventilación - 802 Estado de los signos vitales	- 3140 Manejo de las vías aéreas	- Abrir la vía aérea mediante la técnica de elevación de la barbilla o empuje de mandíbula, si procede. - Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible.
			- 3320 Oxigenoterapia	- Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales si procede.
			- 3350 Monitorización respiratoria	- Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
00047/ Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	- Factores mecánicos (presión, sujeciones) - Extremos de edad - Factores de desarrollo	- 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas - 1902 Control del riesgo - 1908 Detección del riesgo	- 3500 Manejo de presiones	- Abstenerse de aplicar presión a la parte corporal afectada.
			- 3540 Prevención de las úlceras por presión	- Vigilar las fuentes de presión y de fricción.
			- 3590 Vigilancia de la piel	- Observar si hay enrojecimiento y pérdida de la integridad de la piel.
00005/Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal	- Extremos de edad	- 800 Termorregulación - 1902 Control del riesgo	- 3900 Regulación de la temperatura	- Vigilar la temperatura del recién nacido hasta que se estabilice. - Mantener la temperatura del recién nacido.
			- 6480 Manejo ambiental	- Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente, en caso de que se altere la temperatura corporal.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El Síndrome de Dificultad respiratoria neonatal (SDR) es causado por la deficiencia de surfactante pulmonar y sigue siendo uno de los principales problemas en el tratamiento de los recién nacidos prematuros y de bajo peso al nacer, considerándose la principal causa de dificultad respiratoria en el recién nacido prematuro, especialmente en menores de 28 semanas de edad gestacional. Tradicionalmente, se requería la intubación endotraqueal para la administración de surfactante pero en los últimos tiempos han surgido nuevas técnicas que evitan las complicaciones derivadas de dicha intubación. Entre ellas se encuentra la técnica LISA. La evidencia científica demuestra que esta técnica es segura, bien tolerada, con menor fracaso de la ventilación no invasiva, y menor requerimiento de ventilación mecánica convencional reduciendo así complicaciones en el recién nacido prematuro con SDR.

Resumen: *El síndrome de distrés respiratorio agudo neonatal es causado por el déficit de surfactante pulmonar y sigue siendo uno de los principales problemas en el tratamiento de los recién nacidos prematuros y de bajo peso al nacer. Tradicionalmente era necesaria la intubación endotraqueal para la administración de surfactante pero en los últimos tiempos han surgido nuevas técnicas que evitan dicha intubación y sus complicaciones asociadas. Entre estas técnicas se encuentra la técnica LISA (Less Invasive Surfactant Administration).*

Presentamos el caso de un recién nacido de 33+1 semanas de gestación que fue surfactado mediante esta técnica.

Palabras Clave: *Recién nacido prematuro; síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido; surfactantes pulmonares.*

Introducción

La terapia con surfactante es fundamental en el manejo de recién nacidos prematuros con síndrome de distrés respiratorio (SDRA). Tradicionalmente era necesaria la intubación endotraqueal para su administración, pero estudios recientes evidencian beneficios de surfactar sin intubar al paciente. Destaca la reducción de: casos de broncodisplasia pulmonar, riesgos asociados a la técnica de intubación e incidencia de neumotórax y hemorragia intraventricular.

Una de las técnicas usadas consiste en la administración de surfactante a través de un catéter fino flexible llamado LISA colocado en la tráquea bajo laringoscopia mientras el recién nacido (RN) se mantiene en CPAP nasal.

Observación clínica

Recién nacido pretérmino de edad gestacional 33+1 semanas que ingresa en unidad de cuidados intensivos neonatal por prematuridad.

Nace sin esfuerzo espiratorio precisando ventilación con BiPAP desde su nacimiento. A pesar del soporte ventilatorio comienza a realizar apneas y persiste trabajo respiratorio que va en aumento, por lo que a las 23 h de vida se decide surfactar con técnica LISA. Se introducen 240 mg de surfactante pulmonar a través del catéter endotraqueal durante 2-3 min, previo bolo de cloruro mórfico. La técnica se realiza sin incidencias, aspirándose contenido gástrico y sin hallar restos de surfactante.

Plan de cuidados enfermeros

Se establece el siguiente diagnóstico enfermero principal:

- **Diagnóstico NANDA:** 00032/ Patrón respiratorio ineficaz relacionado con: síndrome de hipoventilación, inmadurez neurológica y fatiga de los músculos respiratorios.
- **Resultados (NOC):** 403:Estado respiratorio:ventilación.

  802: Estado de los signos vitales.
- **Intervenciones (NIC):** 3140 Manejo de las vías aéreas

ISBN: 978-84-949197-6-3

3320 Oxigenoterapia

3350 Monitorización respiratoria

- **Actuaciones:**
    * Abrir la vía aérea mediante la técnica de elevación de la barbilla o empuje de mandíbula, si procede.
    * Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible.
    * Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales si procede.
    * Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.

Discusión y conclusiones

El SDRA neonatal es causado por la deficiencia de surfactante pulmonar y sigue siendo uno de los principales problemas en el tratamiento de los recién nacidos prematuros y de bajo peso al nacer, considerándose la principal causa de dificultad respiratoria en el recién nacido prematuro, especialmente en menores de 28 semanas de edad gestacional. Tradicionalmente, se requería la intubación endotraqueal para la administración de surfactante pero en los últimos tiempos han surgido nuevas técnicas que evitan las complicaciones derivadas de dicha intubación. Entre ellas se encuentra la técnica LISA. La evidencia científica demuestra que esta técnica es segura, bien tolerada, con menor fracaso de la ventilación no invasiva, y menor requerimiento de ventilación mecánica convencional reduciendo así complicaciones en el recién nacido prematuro con SDRA.

Bibliografía:

1. Chattás LG. Administración de surfactante exógeno. Enf. neonatal [Internet]. 2013 [citado 2019 Abril 10]; 16:10-17. Disponible en: https://fundasamin.org.ar/newsite/wp-content/uploads/2014/01/Administración-de-surfactante-exógeno.pdf.
2. Herting E. Less invasive surfactant administration (LISA) - Ways to deliver surfactantin spontaneously breathing infants. Elsevier [Internet]. 2013 Nov [citado 2019 Abril 05]; 89 (11): 875 - 880. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.earlhumder.2013.08.023.
3. Huasacca SR, Zeña MI. Eficacia del surfactante administrado por técnica mínimamente invasiva para prevenir las complicaciones en el recién nacido prematuro con síndrome de dificultad respiratoria [trabajo fin de residencia]. Lima:Universidad Norbert Wiener;2017.

Capítulo 21

Agitación del paciente geriátrico durante el ingreso hospitalario

Díaz Valero, Juan Diego

González de Rivas, María del Carmen

Baos Calzado, Rosa María

AGITACIÓN DEL PACIENTE GERIÁTRICO DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO

INTRODUCCIÓN

Los episodios de agitación constituyen una situación clínica frecuente en el medio hospitalario, es preciso evitar cometer el error de suponer, que el motivo de la crisis sea de origen psiquiátrico, obviando las posibles causas orgánicas.
Atender a estos pacientes tan poco colaborativos supone un gran reto para los profesionales de Enfermería, por ello se hace preciso estandarizar los procesos a seguir para actuar con rapidez a fin de garantizar la seguridad del paciente y del entorno.

OBJETIVOS

Abordar al paciente agitado minimizando las dificultades, garantizando la seguridad y mejorando la calidad asistencial.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio longitudinal prospectivo (Marzo-Diciembre de 2018), llevado a cabo por profesionales de Enfermería, se seleccionaron pacientes que tras paso por Urgencias y debido a su estado de salud fueron ingresados en la unidad de medicina interna.

Muestra de 122 pacientes (52 ♂- 70 ♀) con una media de edad de 80,3 años y una desviación estándar de 4,2.

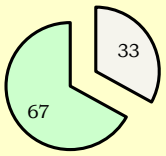
Criterio de inclusión: ≥75 años, pluriplatológico, polimedicado.

CAUSA ORGÁNICA	CAUSA PSIQUIÁTRICA
Insuficiencia cardiaca/respiratoria, demencia, TCE, Enfermedad cerebrovascular	**Trastornos psicóticos**: Esquizofrenia, trastorno bipolar..
Hipo/hiperglucemia, trastornos iónicos…	**Trastorno no psicóticos**: crisis de ansiedad, estrés agudo, trastorno de personalidad…

RESULTADOS

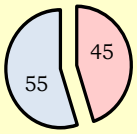
Los datos más significativos que podemos extrapolar de nuestro estudio fueron:
▪33% de los pacientes del estudio sufren un episodio de agitación en la primera noche de ingreso hospitalario en la unidad de medicina interna.

Episodio de agitación



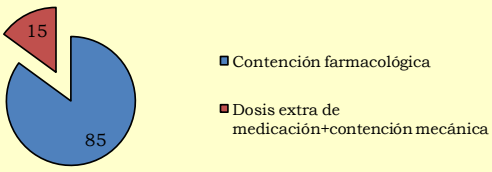
▪ Descartado globo vesical, el 45% de los pacientes agitados precisó ***Administración de medicación (NIC 2300):*** neurolépticos de preferencia VO para controlar la crisis.

NEUROLÉPTICOS
Haloperidol: 2.5-5 mg (vía v.o, i.v, i.m). Se puede repetir cada 30-60´, (máximo de 100mg/día).
Risperidona: 0.25-2 mg (v.o). En dos dosis. Comienzo progresivo y ajustado a función renal.
Quetiapina: 50-100mg/24h (v.o.) Vigilar hipotensión



Administración de Neurolépticos

▪ 15% de los agitados, precisaron dosis extra de neurolépticos e incluso ***Contención mecánica (NIC 9580)*** para prevenir autolesiones y evitar interferencias en el tratamiento.



CONCLUSIONES

Resulta indispensable estandarizar las intervenciones para que el Personal de Enfermería sepa como actuar en función del nivel de agitación.
Como pudimos comprobar con nuestro estudio, la contención verbal constituye el tratamiento inicial del paciente agitado cuando la perdida de control no sea completa. Los casos en los que se precisó administrar fármacos correspondieron a pacientes con deterioro cognitivo diagnosticado previamente o con alteraciones de los parámetros analíticos. La inmovilización terapéutica es la última opción, debido a las complicaciones que implica su uso, así como por el hecho de carecer de un marco legal que lo regule.

BIBLIOGRAFÍA

▪Abordaje y cuidados del paciente agitado. Documento de consenso - Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental (ANESM) Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE). Revista Española de Enfermería de Salud Mental. 2016. Año 1. Vol. 1 Nº.1

▪Powney M, Adams C, Jones H. Haloperidol para la agresión o agitación inducida por la psicosis (tranquilización rápida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 11. Art. No.: CD009377.

▪Comunidad de Madrid. Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad; 2010.

Resumen: *Los episodios de agitación constituyen una situación clínica frecuente en el medio hospitalario, es preciso evitar cometer el error de suponer, que el motivo de la crisis sea de origen psiquiátrico, obviando las posibles causas orgánicas.*

Atender a estos pacientes tan poco colaborativos supone un gran reto para los profesionales de Enfermería, por ello se hace preciso estandarizar los procesos a seguir para actuar con rapidez a fin de garantizar la seguridad del paciente y del entorno.

Palabras Clave: *Agitación; geriatría; hospitalización.*

Materiales y método

Se realizó un estudio longitudinal prospectivo (Marzo-Diciembre de 2018), llevado a cabo por profesionales de Enfermería, se seleccionaron pacientes que tras paso por Urgencias y debido a su estado de salud fueron ingresados en la unidad de medicina interna.

Muestra de 122 pacientes (52 ♂- 70 ♀) con una media de edad de 80,3 años y una desviación estándar de 4,2.

Criterio de inclusión: ≥75 años, pluriplatológico, polimedicado.

Resultados

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

33% de los pacientes del estudio sufren un episodio de agitación en la primera noche de ingreso hospitalario en la unidad de medicina interna.

Descartado globo vesical, el 45% de los pacientes agitados precisó administración de medicación (NIC 2300): neurolépticos de preferencia VO para controlar la crisis.

15% de los agitados, precisaron dosis extra de neurolépticos e incluso contención mecánica (NIC 9580) para prevenir autolesiones y evitar interferencias en el tratamiento.

Conclusiones

Resulta indispensable estandarizar las intervenciones para que el personal de enfermería sepa cómo actuar en función del nivel de agitación.

Como pudimos comprobar con nuestro estudio, la contención verbal constituye el tratamiento inicial del paciente agitado cuando la pérdida de control no sea completa.

Los casos en los que se precisó administrar fármacos correspondieron a pacientes con deterioro cognitivo diagnosticado previamente o con alteraciones de los parámetros analíticos.

La inmovilización terapéutica es la última opción, debido a las complicaciones que implica su uso, así como por el hecho de carecer de un marco legal que lo regule.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Bibliografía

1. Abordaje y cuidados del paciente agitado. Documento de consenso - Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental (ANESM) Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE). Revista Española de Enfermería de Salud Mental. 2016. Año 1. Vol. 1 nº.1
2. Powney M, Adams C, Jones H. Haloperidol para la agresión o agitación inducida por la psicosis (tranquilización rápida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 11. Art. No.: CD009377.
3. Comunidad de Madrid. Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad; 2010.

Capítulo 22

Alimentación vegana en la infancia

López Rodríguez, Rocío

González Rubio, Alicia

Saez Cuesta, Teresa

Blanco Pozo, Mª Isabel

Ruiz de Lara Marín Mª Ángeles

Martín Sancho, Juncal

Alimentación vegana en la infancia

INTRODUCCIÓN

El veganismo es un movimiento social que en la actualidad está en aumento, en la que no solo conlleva un cambio en la dieta sino también en el estilo de vida, generalmente no consumen ningún producto de origen animal. Los motivos pueden ser diferentes, ética, religión, ecología...

Este cambio en la pauta de alimentación está llevando a que en la actualidad nos encontramos en las consultas de enfermería con padres que quieren que sus hijos sigan una alimentación vegetariana (en todas sus variantes) desde el inicio de la alimentación complementaria en adelante, con lo que ocasiona un reto para la enfermería de atención primaria por el desconocimiento y los falsos mitos que rodean a dichas dietas.

OBJETIVOS

Realizar una revisión bibliográfica de los artículos publicados hasta el momento con el fin de valorar si se puede llevar a cabo una alimentación complementaria y alimentacion definitiva en los niños desde los 6 meses en adelante y considerarla como una dieta completa para el desarrollo del niño.

PALABRAS CLAVES

| Vegano | Vegetariano | | Vegan | Vegetarian | | Niño | Infant | | Toddler | Nutrition |



MATERIAL Y MÉTODO

La búsqueda de información sobre las dietas vegetarianas y las propiedades nutricionales a sido llevada a cabo a través de Google Académico, en las bases de ciencia de la salud de PubMed, Elsevier, Scielo, en la página web de Unión Vegetariana española. Los artículos seleccionados han sido los publicados desde el 2011 en adelante.

RESULTADO

Tras la lectura se han identificado los principales nutrientes en los que hay que hacer especial vigilancia por un posible déficit y una comparación de niveles de los mismos en los pacientes con una dieta omnívora y una dieta vegetariana. Al igual que se han identificado los beneficios de mantener una alimentación vegetariana.

Se ha podido observar que apenas hay revisiones o artículos referentes a cómo afecta dicha alimentación desde un punto de vista enfermero.

CONCLUSIONES

Hay un consenso mayoritario en que una dieta vegetariana en todos sus variantes (ovo-lacto-vegetariana, lacto-vegetariana, vegana) bien planificada es adecuada para un correcto desarrollo en los niños desde su nacimiento, niñez y adolescencia. Siempre teniendo presente que deben ser dietas bien controladas por personal sanitario para poder controlar los posibles déficit nutricionales que puedan tener y suplementando aquellos nutrientes que sean necesarios como la vitamina B12.

Consideramos que es muy importante el papel de la enfermería a la hora de orientar a los padres en una alimentación bien planificada y que cubra todos los nutrientes, por lo que se hace necesario una actualización de los conocimientos, para que a la hora de poder ayudar y asesorar a los padres lo hagamos desde el conocimiento y sin juzgar, puesto que esto puede llevar a perder la confianza de los padres en el personal sanitario y en especial en enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

- Andreu Ivorra M. Nutrición y salud en la dieta vegana (trabajo fin de máster) Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya 2016
- Martínez Biarge M. Niños vegetarianos ¿niños sanos? En 14º curso de Actualización pediatría 2017. Madrid: Asociación española en pediatría en atención primaria (AEPAP) 2017.
- Sanchis-Chordâ J, Redondo-Cuevas L, Codoñer-Franch P. Dieta vegana en la infancia: beneficios y riesgos. Revista española de Pediatría . Septiembre 2016.
- Ros Arnal I, Carbajo Ferreira AJ. Dietas veganas, FODMAP y más. Rev Pediatr Aten Primaria Supl 2018; ((27):83-93.
- Martines Biarge M. Alimentación complementaria en lactantes vegetarianos y veganos.Articulo en www.dietistasnutrionistas.es
- Montiel del Canto A., ¿Es recomendable la alimentación vegana en la primera infancia?. Revisión narrativa, trabajo fin de grado. Universidad autónoma de Madrid. Mayo, 2018.
- Pawlak R. To vegan or not to vegan when pregnant, lactating or feeding young children. Europena Journal of Clinical Nutrition (2017)
- Van W Jinckel M, Vande Velde S, De Bruyne R, Van Biervliet S. Vegetarian infant and child nutrition. Eur J Pediatr (2011)
- Schürmann S, Kersting M., Alexy U. Vegetarian diets in children: a systematic review. Eur J Nutr (2017)
- Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton N, Fidler Mis N, Hojsak I, Hulst J.M., Indrio F, Lapillonne A. and Molgaard C. Complementary feeding: a position paper by the European Society for Pediatric Gastroenerology, Hepatology, ande Nutricition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. JPGN Volume 64, Numbrer 1, Juanuary 2017.
- Mangels R, PhD, RD, LDN, FDAA, and Julia Driggers, RD, CNSCN,LDN. The youngerst Vegetarians, Vegetarian Infants an Toddlers. ICAN: Infant, Child, & Adolescent Nutrition. February 2012.

Resumen: *El veganismo es un movimiento social que en la actualidad está en aumento, en la que conlleva un cambio en la dieta, estilo de vida... Generalmente no consumen ningún producto de origen animal. Los motivos pueden ser diferentes, ética, religión, ecología...*

Este cambio en la pauta de alimentacion esta llevando a encontramos en las consultas de enfermería con padres que quieren que sus hijos sigan una alimentacion vegetariana desde el inicio de la alimentacion complementaria en adelante, con lo que ocasiona un reto para la enfermería de AP por el desconocimiento y los falsos mitos que rodean a dichas dietas.

Palabras Clave: *Vegan; child; diet.*

Objetivo

El objetivo de la revisión bibliográfica era poder valorar segun los artículos científicos si la alimentacion vegana (en todas sus variantes) se puede considerar como una dieta completa para el desarrollo del niño. Abarcando desde el inicio de la alimentacion complementaria (6 meses) en adelante como alimentación definitiva completa.

Materiales y método

Tras la búsqueda de los artículos (tenidos en cuenta los artículos publicados desde 2011 en adelante) en bases de Ciencia de la Salud como PubMed, Elsevier, Scielo, web de la Unión Vegetariana Española... se han llegado a una serie de resultados y finalmente a unas conclusiones.

Resultados

Podemos observar que apenas hay artículos o revisiones sobre cómo afecta dicha alimentación desde un punto de vista enfermero.

Por otro lado se han podido identificar los principales nutrientes en los que hay que hacer una especial vigilancia por un posible déficit y una comparación de niveles de los mismo en los pacintes con una dieta omnívora y una dieta vegetariana. Al igual que se han identificado los beneficios de mantener una alimentacion vegetariana.

Conclusiones

Hay un consenso mayoritario en que una dieta vegetariana en todos sus variantes (ovo-lacto-vegetariana, lacto-vegetariana, vegana) bien planificada es adecuada para un correcto desarrollo en los niños desde su nacimiento, niñez y adolescencia. Siempre teniendo presente que deben ser dietas bien controlados por pesrsonal sanitario para poder controlar los posibles déficit nutricionales que pueden tener y suplementando aquellos nutrientes que sean necesarios como la vitamina B_{12}. Si bien es cierto que todavía hay en la actualidad articulos científicos y asociciaciones de pediatría que no son partidarias de este tipo de alimentación, por encontrarla muy restrictiva y por lo tanto dando lugar fácilmente a desnutriciones y déficit de nutrientes.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Es verdad por tanto que debemos tener muy presente que en los pacientes que vayan a seguir este tipo de dietas tener planificada la introducción de los distintos grupos de alimentos según edad, para evitar futuros problemas, al igual que debemos hacer hincapié en dar la información a los padres de forma clara y accesible, remarcando la importancia de los suplementos, de realizar una dieta completa con los alimentos permitidos y un seguimiento continúo por personal sanitario a nivel analítico y de revisiones.

Revindicamos y consideramos que es muy importante el papel de la enfermería a la hora de orientar a los padres en una alimentación bien planificada y que cubra todos los nutrientes, por lo que se hace necesario una actualización de los conocimientos enfermeros, para que a la hora de poder ayudar a y aseorar a los padres lo hagamos desde el conocimiento y sin juzgar, puesto que esto puede llevar a peder la confianza de los padres en el personal sanitario y en especial en la enfermería.

Bibliografía

1. Andreu Ivorra M.J. Nutrición y Salud en la dieta vegana (trabajo fin de máster). Universidad Oberta de Catalunya (Barcelona) 2016.
2. Schürmann S., Kersting M., Alexy U., Vegetarian diets in chindren: a systematic review. European Journal of Nutrition (2017) 56:1797-1817.
3. Fewtrell M., Bronsky J., Campoy C., Domellöf M., Embleton N., Filder Mis N., Hojsak I., Hulst J.M., Indrio F., Lapillonne A., Molgaard C., Complementary Feeding: A position paper by the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hapatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. JPGN; January 2017. Volume 64, Number 1.
4. Montiel del Canto A., ¿Es recomendable la alimentación vegana en la primera infancia? (Is vegan feeding advisable in fiert childhood?) Trabajo fin de grado. Universidad Autonoma de Madrid. Mayo, 2018.

Capítulo 23

Análisis cuantitativo del número de pacientes atendidos en las consultas externas de enfermería durante 2018 en la especialidad de salud mental y psiquiatría

Ruiz Céspedes, María José

Martos Sánchez, Almudena

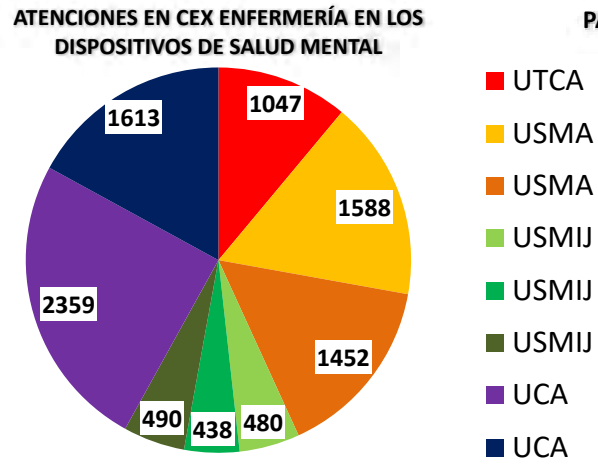
ANÁLISIS CUANTITATIVO DEL NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DE ENFERMERÍA DURANTE 2018 EN LA ESPECIALIDAD DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA

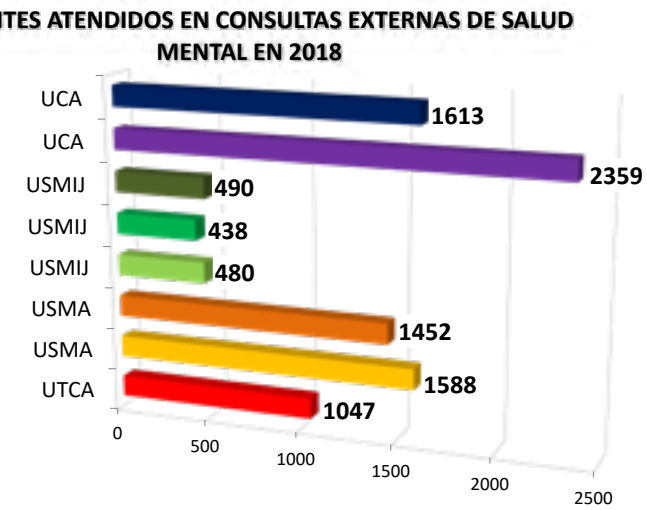
M.ª José Ruiz Céspedes, Almudena Martos Sánchez, Isabel Panea Pizarro.

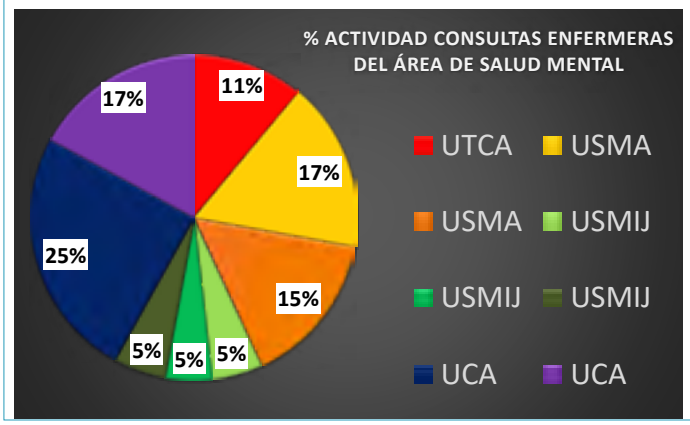
Las consultas externas (CEX) son departamentos donde se imparten atención enfermera, con sus cuidados y técnicas propias, a pacientes citados a través de interconsultas, de la propia especialidad o por revisiones sucesivas.

Objetivo: conocer y analizar la actividad de Enfermería en el ámbito de consultas externas en la Gerencia de C. Real durante 2018.

Material y métodos: Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo longitudinal anual en todos los servicios de la GAI C. Real donde existía actividad especializada de Enfermería en ámbito de CEX.







Análisis datos: Se obtuvo una atención de 9467 pacientes durante un año en todos los dispositivos de salud mental. Las consultas más visitadas por los pacientes fueron de la unidad de conductas adictivas (25% de tratamientos y 17% técnicas), seguida de la unidad de salud mental de adultos (con un 17% y un 15%); con un 11% la agenda de la unidad de trastornos de la conductas alimentarias en régimen ambulatorio y como último las tres consultas de la unidad de salud mental infantojuvenil con un 5% cada una.

Conclusiones: Es importante dar a conocer la aportación de la actividad de la enfermera en el ámbito asistencial de CEX a la sociedad, atendiendo a las necesidades sanitarias del individuo, de la familia y la Comunidad. El acceso de los pacientes a estas prestaciones es en todos los casos derivados por consultas médicas previamente. Las consultas de los dispositivos asistenciales con mayor actividad asistencial son los recursos con menos recursos humanos y con menos tiempo en su jornada laboral para atender a los pacientes, por lo que estos resultados son significativos para el cambio de estrategia en la mayor dotación de tiempo y autonomía en el cuidado de pacientes, la familia y la comunidad de la provincia de Ciudad Real.

Discusión: Para mejorar los aspectos de eficiencia, compromiso, mejora, consolidación y promoción de la atención enfermera prestada a nuestros pacientes, requiere un nuevo planteamiento de derivación de los pacientes entre profesionales de enfermería sin la necesidad del cribado médico, como ocurre en Atención Primaria, y por supuesto, la disponibilidad de despacho y agenda propia se considera un requisito muy importante en el desempeño de la actividad de los profesionales de la enfermería especializada (Fernández Sánchez, S; Rusiñol Badals, M.; Padró Blanch, I; Paytubí Garí. C.; Laiz Alonso, A.; Moragues Pastor, C.y grupo de trabajo de Enfermería de la SER; 2016).

Resumen: *Las consultas externas (CEX) son departamentos donde se imparten atención enfermera, con sus cuidados y técnicas propias, a pacientes citados a través de interconsultas, de la propia especialidad o por revisiones sucesivas.*

El objetivo fue conocer y analizar la actividad de Enfermería en el ámbito de consultas externas en la Gerencia de C. Real durante 2018.

Para ello se realizó un estudio cuantitativo descriptivo longitudinal anual en todos los servicios de la GAI C. Real donde existía actividad especializada de Enfermería en ámbito de CEX.

Palabras Clave: *Referral and Consultation; Office Nursing; Hospital Administration.*

Resultados

En total hubo una atención de 9467 pacientes durante un año en todos los dispositivos de salud mental. Las consultas más visitadas por los pacientes fueron de la unidad de conductas adictivas (25% de tratamientos y 17% técnicas), seguida de la unidad de salud mental de adultos (con un 17% y un 15%); con un 11% la agenda de la unidad de trastornos de la conductas alimentarias en régimen ambulatorio y como último las tres consultas de la unidad de salud mental infantojuvenil con un 5% cada una.

Conclusiones

Cabe destacar que es importante dar a conocer la aportación de la actividad de la enfermera en el ámbito asistencial de CEX a la sociedad, atendiendo a las necesidades sanitarias del individuo, de la familia y la Comunidad. El acceso de los pacientes a estas prestaciones es en todos los casos derivados por consultas médicas previamente. Las consultas de los dispositivos asistenciales con mayor actividad asistencial son los recursos con menos recursos humanos y con menos tiempo en su jornada laboral para atender a los pacientes, por lo que estos resultados son significativos para el cambio de estrategia en la mayor dotación de tiempo y autonomía en el cuidado de pacientes, la familia y la comunidad de la provincia de Ciudad Real.

Para mejorar los aspectos de eficiencia, compromiso, mejora, consolidación y promoción de la atención enfermera prestada a nuestros pacientes, requiere un nuevo planteamiento de derivación de los pacientes entre profesionales de enfermería sin la necesidad del cribado médico, como ocurre en Atención Primaria, y por supuesto, la disponibilidad de despacho y agenda propia se considera un requisito muy importante en el desempeño de la actividad de los profesionales de la enfermería especializada (Fernández Sánchez, S; Rusiñol Badals, M.; Padró Blanch, I; Paytubí Garí. C.; Laiz Alonso, A.; Moragues Pastor, C.y grupo de trabajo de Enfermería de la SER; 2016).

Bibliografía

1. Bobes, J., Bousoño, M., González, M., López, J. L., & Sáiz, P. A. Enfermería psiquiátrica. Madrid: Síntesis. (2002).

Capítulo 24

Análisis cuantitativo del número de pacientes atendidos en las consultas externas de enfermería durante 2018 en todas las especialidades médicas

Martos Sánchez, Almudena

Panea Pizarro, Isabel

Ruiz Céspedes, María José

ANÁLISIS CUANTITATIVO DEL NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DE ENFERMERÍA DURANTE 2018 EN TODAS LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS

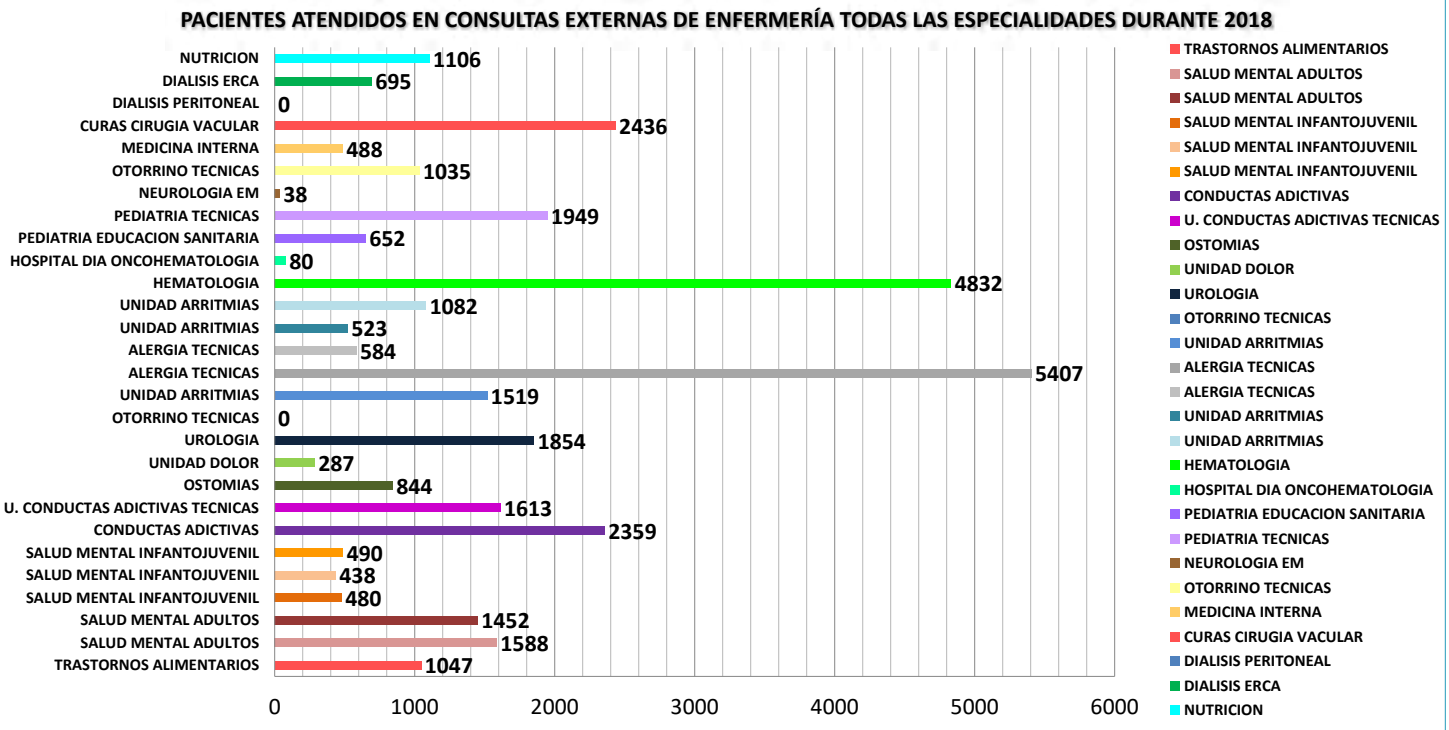
Almudena Martos Sánchez, Isabel Panea Pizarro, M.ª José Ruiz Céspedes

Las consultas externas (CEX) son departamentos donde se imparten atención enfermera, con sus cuidados y técnicas propias, a pacientes citados a través de interconsultas, de la propia especialidad o por revisiones sucesivas.

Objetivo: conocer y analizar la actividad de Enfermería en el ámbito de consultas externas (CEX) en la Gerencia de C. Real durante 2018.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo longitudinal con abordaje cuantitativo realizado en el HGUCR en todos los servicios de la GAI C. Real donde existía actividad especializada de Enfermería en ámbito de CEX. Como instrumento de recolección de datos se utilizó el software de Contabilidad analítica de la Historia Clínica Digital, que expresará la práctica asistencial de las personas atendidas en las consultas de enfermería existentes en la gerencia de Ciudad Real. Los datos fueron agrupados por la especialidad de la agenda enfermera y posteriormente analizados e interpretados según el método diagnóstico, siendo utilizado un programa ofimático para la formulación de tablas y gráficos.

Resultados:



Análisis datos: Se obtuvo una atención de 34878 pacientes durante un año en todas las consultas especializadas de enfermería de todas las especialidades médicas. Las 5 consultas más visitadas por los pacientes fueron del servicio de alergia (16%), hematología (14%), cirugía vascular (7%), unidad de conductas adictivas (7%) y pediatría (6%).

Conclusiones: Es importante dar a conocer la aportación de la actividad de la enfermera en el ámbito asistencial de CEX a la sociedad, atendiendo a las necesidades sanitarias del individuo, de la familia y la Comunidad. Tras el análisis se observa el incremento del catálogo de los servicios de enfermería y sus prestaciones sanitarias a toda la población de la GAI Ciudad Real. Éste incrementa la garantía de una mejor calidad asistencial prestada en esta gerencia, potencia el autocuidado y la educación sanitaria, fomentando el avance y el desarrollo profesional y avance científico de la Enfermería. El acceso de los pacientes a estas prestaciones es en todos los casos derivados por consultas médicas previamente.

Discusión: Para mejorar los aspectos de eficiencia, compromiso, mejora, consolidación y promoción de la atención enfermera prestada a nuestros pacientes, requiere un nuevo planteamiento de derivación de los pacientes entre profesionales de enfermería sin la necesidad del cribado médico, como ocurre en Atención Primaria, y por supuesto, la disponibilidad de despacho y agenda propia se considera un requisito muy importante en el desempeño de la actividad de los profesionales de la enfermería especializada (Fernández Sánchez, S; Rusiñol Badals, M.; Padró Blanch, I; Paytubí Garí. C.; Laiz Alonso, A.; Moragues Pastor, C.y grupo de trabajo de Enfermería de la SER; 2016).

Resumen: *Las consultas externas (CEX) son departamentos donde se imparten atención enfermera, con sus cuidados y técnicas propias, a pacientes citados a través de interconsultas, de la propia especialidad o por revisiones sucesivas. El objetivo fue conocer y analizar la actividad de Enfermería en el ámbito de consultas externas (CEX) en la Gerencia de C. Real durante 2018.*

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal con abordaje cuantitativo realizado en el HGUCR en todos los servicios de la GAI C. Real donde existía actividad especializada de Enfermería en ámbito de CEX.

Palabras Clave: *Referral and Consultation; Office Nursing; Hospital Administration.*

Materiales y método

Se obtuvo una atención de 34.878 pacientes durante un año en todas las consultas especializadas de enfermería de todas las especialidades médicas. Las 5 consultas más visitadas por los pacientes fueron del servicio de alergia (16%), hematología (14%), cirugía vascular (7%), unidad de conductas adictivas (7%) y pediatría (6%).

Conclusiones

Podemos afirmar que es importante dar a conocer la aportación de la actividad de la enfermera en el ámbito asistencial de CEX a la sociedad, atendiendo a las necesidades sanitarias del individuo, de la familia y la comunidad. Tras el análisis se observa el incremento del catálogo de los servicios de enfermería y sus prestaciones sanitarias a toda la población de la GAI Ciudad Real. Éste incrementa la garantía de una mejor calidad asistencial prestada en esta gerencia, potencia el autocuidado y la educación sanitaria, fomentando el avance y el desarrollo profesional y avance científico de la enfermería. El acceso de los pacientes a estas prestaciones es en todos los casos derivados por consultas médicas previamente.

Para mejorar los aspectos de eficiencia, compromiso, mejora, consolidación y promoción de la atención enfermera prestada a nuestros pacientes, requiere un nuevo planteamiento de derivación de los pacientes entre profesionales de enfermería sin la necesidad del cribado médico, como ocurre en Atención Primaria, y por supuesto, la disponibilidad de despacho y agenda propia se considera un requisito muy importante en el desempeño de la actividad de los profesionales de la enfermería especializada (Fernández Sánchez, S; Rusiñol Badals, M.; Padró Blanch, I; Paytubí Garí. C.; Laiz Alonso, A.; Moragues Pastor, C.y grupo de trabajo de Enfermería de la SER; 2016).

Bibliografía:

1. Aller, C. G. La comunicación terapéutica usuario-enfermera en las consultas de atención primaria. RqR Enfermería Comunitaria 2.2 (2014): 82-92.

Capítulo 25

Análisis de las técnicas enfermeras en el cuidado de heridas

Ramiro Montilla, Pilar

Pineda Cantero, Mª José

Amores Lizcano, Ester

Camacho Horta, Mª Dolores

Análisis de las técnicas enfermeras en el cuidado de heridas

RAMIRO MONTILLA, PILAR (1), PINEDA CANTERO, Mª JOSÉ (2), AMORES LIZCANO, ESTER (3), Mª DOLORES CAMACHO HORTA (4)
(1) Enfermera Residente de Atención Familiar y Comunitaria de Ciudad Real. SESCAM
(2) Enfermera Residente de Atención Familiar y Comunitaria de Ciudad Real. SESCAM
(3) Enfermera Residente de Atención Familiar y Comunitaria de Ciudad Real. SESCAM
(4) Enfermera de Atención Primaria. C. SALUD Ciudad Real I. SESCAM

INTRODUCCIÓN

La variabilidad de la práctica clínica en el cuidado de las heridas genera efectos negativos en el paciente. Es importante, por ello, que los profesionales de enfermería sigamos una metodología a la hora de abordar este tipo de heridas, puesto que tenemos la obligación y el derecho de formarnos para adquirir las competencias profesionales necesarias para una atención sanitaria de calidad.

METODOLOGÍA

Se realizó una encuesta basada, administrada al azar a 100 enfermeros de Atención Primaria y HGUCR basada en los conocimientos expuestos en el XII Simposio Nacional sobre upp y heridas crónicas, celebrado en Valencia, del 28-30 Nov de 2018.

CONCLUSIONES

El 60% de encuestados contestan de forma adecuada e 50% de las preguntas.

El 85% de los enfermeros entre 20 y 30 años, acertaron más del 50% de las preguntas.

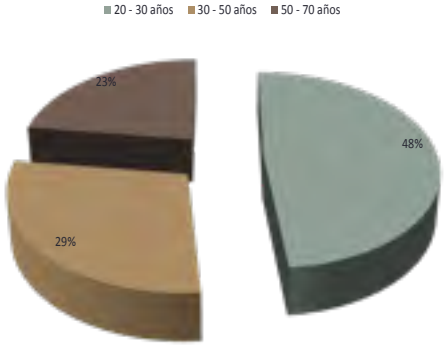
De 30 a 50 años, el 50% de encuestados superan el 50% de las preguntas.

De 50 a 70 años, superaron el 50% de la encuesta un 40% de enfermeros.

Los conocimientos reusultan bastante deficientes en el tratamiento de úlceras de etiología venosa.

Sin embargo, los reultado son satisfactorios en cuanto a la prevención de upp.

En términos generales, los conocimientos enfermeros sobre el cuidado de heridas parecen no ser suficientes para brindar un tratamiento adecuado de las mismas.



RESULTADOS

Encuesta anónima.
Rellene el círculo que corresponda.
¿Dónde trabaja?: Hospital **(50%)** / Centro de Salud **(50%)**
Sexo: Hombre **(10%)** / Mujer **(90%)**
Edad: De 20 a 30 **(20%)** / De 30 a 40 **(25%)** / De 40 a 50 **(35%)** / De 50 a 60 **(15%)** / De 60 a 70 **(5%)**
Ante un paciente con riesgo de úlceras con presión, recomendaría:
10% - Utilizar cojines redondos cerrados tipo flotador como zona de asiento.
20% - Dar masajes en las prominencias óseas de forma rutinaria para disminuir el riesgo de úlceras por presión.
70% - No elevar el cabecero de la cama más de 30º para disminuir la presión en la zona sacra.

Cuando un paciente se encuentra en decúbito lateral por largos periodos de tiempo, para evitar la presión sobre los trocánteres, el cabecero se colocará:
5% - A 90º
90% - A 30º
5% - La elevación del cabecero no es importante, a todos los pacientes le aparecerán UPP.

Ante un paciente con úlceras de etiología venosa, ¿cuál de los siguientes tratamientos será más efectivo?
20% - Utilizaremos un vendaje compresivo unicapa (vendas crepé) de media compresión.
25% - Utilizaremos un vendaje compresivo multicapa, de baja compresión.
55% - Utilizaremos un vendaje compresivo multicapa, de compresión alta.

Un paciente nos pide consejo sobre cómo actuar ante una quemadura superficial:
85% - Usted le dirá que en primer lugar debe introducir el dedo en agua a unos 15-20ºC durante unos 20min.
5% - Usted le dirá que en primer lugar debe introducir el dedo un vaso de agua con hielo a menos de 10ºC, para que se produzca una rápida vasoconstricción y deje de doler.
10% - Usted le dirá que en primer lugar debe introducir el dedo en agua caliente ya que la vasodilatación producida, le ayudará a cicatrizar.

Los vendajes se realizaran:
35% - Del extremo proximal al distal.
40% - Del extremo distal al proximal.
25% - Del extremo distal al proximal y volviendo a terminar en el distal.

Mujer, 82 años, demencia tipo Alzheimer avanzada (completamente dependiente). Presenta UPP en zona sacra. Llega a su domicilio para realizar la cura por primera vez y, tras retirar el pañal, observa que tiene una capa de pomada con zinc en la zona perilesonal:

10% - Comienzo quitando el apósito y lavando la UPP junto a la zona perilesional con suero fisiológico para retirar la pomada sobrante y procedo a realizar la cura como anteriormente se realizaba.
45% - Retiro la pomada de la zona perilesional con agua; después retiro apósito de la zona sacra y realizo la cura como anteriormente se realizaba.
45% - Retiro la pomada de zinc con aceite, retiro el apósito de la UPP y procedo a curar como anteriormente se realizaba.

Ante otro paciente con úlcera de etiología venosa en la cara interna del MID, procedemos a realizar la cura de la misma, para ello:
10% - Realizamos un vendaje circular que abarque la zona de la lesión, para fijar bien el apósito y evitar que se despegue.
30% - Realizamos vendaje de forma circular desde la base de los dedos hasta debajo de la rodilla tras curar la herida.
60% - No está indicado realizar vendajes en úlceras de etiología venosa.

Mujer, 25 años, acude a consulta de enfermería de AP para realizar cura de una pequeña quemadura de 2do grado superficial en la mano que, aparentemente no presenta signos de infección:
30% - Realizamos cura de la quemadura con sulfadiacina argéntica + apósito de contacto lípido-coloide flexible que favorece la cicatrización + vendaje de sujeción.
30% - Realizamos cura de la quemadura con pomada antibiótica para evitar una futura infección y realizamos un vendaje de sujeción.
40% - Puesto que no presenta signos de infección aparente, lavamos quemadura con suero fisiológico abundante, secamos con gasas estériles y ponemos un vendaje de sujeción.

Ante un paciente con una úlcera tipo "X", decidimos aplicar un apósito de alginato:
25% - Para ello limpiamos herida con suero fisiológico y humedecemos el alginato para activarlo y conseguir una cura húmeda.
35% - Limpiamos herida con suero fisiológico, secamos con gasas estériles y colocamos el alginato sin humedecer.
30% - Limpiamos herida con suero fisiológico en forma de arrastre y colocamos alginato sin humedecer, puesto que se activará al entrar en contacto con el suero con el que hemos limpiado la herida previamente.

Ante un paciente que presenta UPP en sacro, bastante exudativa, utilizaremos preferentemente:
40% - Alginato, pues está indicado en este tipo de úlceras. Aunque si presenta signos de infección elegiremos otro tratamiento.
10% - Apósito de plata, indicado en úlceras exudativas. Si presentase signos de infección sería de elección.
50% - Alginato, pues está indicado en este tipo de úlceras, incluso si presentan signos de infección.

Resumen: *La variabilidad de la práctica clínica en el cuidado de las heridas genera efectos negativos en el paciente. Es importante, por ello, que los profesionales de enfermería sigamos una metodología a la hora de abordar este tipo de heridas, puesto que tenemos la obligación y el derecho de formarnos para adquirir las competencias profesionales necesarias para una atención sanitaria de calidad.*

Palabras Clave: *Nursing care; analysis; wound.*

Introducción

La variabilidad de la práctica clínica en el cuidado de las heridas resulta negativa para el paciente. Es importante que sigamos una metodología a la hora de abordarlas; tenemos la obligación y el derecho de formarnos para adquirir las competencias profesionales necesarias.

Materiales y métodos

Se realizó una encuesta administrada al azar a 100 enfermeros de Atención Primaria y HGUCR basada en los conocimientos expuestos en el XII Simposio Nacional sobre UPP y heridas crónicas, celebrado en Valencia, del 28-30 Nov de 2018.

Resultados

La encuesta, anónima, estaba formada por preguntas referidas a conocimientos sobre técnicas de cuidado de heridas. A continuación, se redactan las mismas.

La mayoría de encuestados eran mujeres y prioritariamente se encontraban entre los 30 y 50 años.

1. Ante un paciente con riesgo de úlceras con presión, recomendaría:
    - 10% - Utilizar cojines redondos cerrados tipo flotador como zona de asiento.
    - 20% - Dar masajes en las prominencias óseas de forma rutinaria para disminuir el riesgo de úlceras por presión.
    - 70% - No elevar el cabecero de la cama más de 30º para disminuir la presión en la zona sacra.
2. Cuando un paciente se encuentra en decúbito lateral por largos periodos de tiempo, para evitar la presión sobre los trocánteres, el cabecero se colocará:
    - 5% - A 90º
    - 90% - A 30º
    - 5% - La elevación del cabecero no es importante, a todos los pacientes le aparecerán UPP.
3. Ante un paciente con úlceras de etiología venosa, ¿cuál de los siguientes tratamientos será más efectivo?

ISBN: 978-84-949197-6-3

- 20% - Utilizaremos un vendaje compresivo unicapa (vendas crepé) de media compresión.
- 25% - Utilizaremos un vendaje compresivo multicapa, de baja compresión.
- 55% - Utilizaremos un vendaje compresivo multicapa, de compresión alta.

4. Un paciente nos pide consejo sobre cómo actuar ante una quemadura superficial:
    - 85% - Usted le dirá que en primer lugar debe introducir el dedo en agua a unos 15-20ºC durante unos 20 min.
    - 5% - Usted le dirá que en primer lugar debe introducir el dedo un vaso de agua con hielo a menos de 10ºC, para que se produzca una rápida vasoconstricción y deje de doler.
    - 10% - Usted le dirá que en primer lugar debe introducir el dedo en agua caliente ya que la vasodilatación producida, le ayudará a cicatrizar.
5. Los vendajes se realizarán:
    - 35% - Del extremo proximal al distal.
    - 40% - Del extremo distal al proximal.
    - 25% - Del extremo distal al proximal y volviendo a terminar en el distal.
6. Mujer, 82 años, demencia tipo Alzheimer avanzada (completamente dependiente). Presenta UPP en zona sacra. Llega a su domicilio para realizar la cura por primera vez y, tras retirar el pañal, observa que tiene una capa de pomada con zinc en la zona perilesonal:
    - 10% - Comienzo quitando el apósito y lavando la UPP junto a la zona perilesional con suero fisiológico para retirar la pomada sobrante y procedo a realizar la cura como anteriormente se realizaba.
    - 45% - Retiro la pomada de la zona perilesional con agua; después retiro apósito de la zona sacra y realizo la cura como anteriormente se realizaba.
    - 45% - Retiro la pomada de zinc con aceite, retiro el apósito de la UPP y procedo a curar como anteriormente se realizaba.
7. Ante otro paciente con úlcera de etiología venosa en la cara interna del MID, procedemos a realizar la cura de la misma, para ello:
    - 10% - Realizamos un vendaje circular que abarque la zona de la lesión, para fijar bien el apósito y evitar que se despegue.
    - 30% - Realizamos vendaje de forma circular desde la base de los dedos hasta debajo de la rodilla tras curar la herida.
    - 60% - No está indicado realizar vendajes en úlceras de etiología venosa.
8. Mujer, 25 años, acude a consulta de enfermería de AP para realizar cura de una pequeña quemadura de 2º grado superficial en la mano que, aparentemente no presenta signos de infección:
    - 30% - Realizamos cura de la quemadura con sulfadiacina argéntica + apósito de contacto lípido-coloide flexible que favorece la cicatrización + vendaje de sujeción.

- 30% - Realizamos cura de la quemadura con pomada antibiótica para evitar una futura infección y realizamos un vendaje de sujeción.
- 40% - Puesto que no presenta signos de infección aparente, lavamos quemadura con suero fisiológico abundante, secamos con gasas estériles y ponemos un vendaje de sujeción.

9. Ante un paciente con una úlcera tipo "X", decidimos aplicar un apósito de alginato:

- 25% - Para ello limpiamos herida con suero fisiológico y humedecemos el alginato para activarlo y conseguir una cura húmeda.
- 35% - Limpiamos herida con suero fisiológico, secamos con gasas estériles y colocamos el alginato sin humedecer.
- 30% - Limpiamos herida con suero fisiológico en forma de arrastre y colocamos alginato sin humedecer, puesto que se activará al entrar en contacto con el suero con el que hemos limpiado la herida previamente.

10. Ante un paciente que presenta UPP en sacro, bastante exudativa, utilizaremos preferentemente:

- 40% - Alginato, pues está indicado en este tipo de úlceras. Aunque si presenta signos de infección elegiremos otro tratamiento.
- 10% - Apósito de plata, indicado en úlceras exudativas. Si presentase signos de infección sería de elección.
- 50% - Alginato, pues está indicado en este tipo de úlceras, incluso si presentan signos de infección.

Conclusiones

Los conocimientos resultan bastante deficientes en el tratamiento de úlceras de etiología venosa, sin embargo, los resultados son satisfactorios en cuanto a la prevención de UPP.

Bibliografía

1. López-Casanova P. «Qué no hacer en las heridas crónicas». Recomendaciones basadas en la evidencia - GNEAUPP [Internet]. GNEAUPP. 2019 [cited 13 June 2019]. Available from: https://gneaupp.info/que-no-hacer-en-las-heridas-cronicas-recomendaciones-basadas-en-la-evidencia/.
2. Panfil EM. «Nursing patients with chronic wounds» expert standard: qualification of needs. Pflege Z 2008; 61: 134-7.
3. Fernández-de-Maya J, Richart-Martínez M. Variabilidad de la práctica clínica. Situación actual y retos para enfermería. Enferm Clin. 2010;20(2):114-8.
4. García Díaz J, Muñoz Conde M, Cabello Jaime R. Disminución de la variabilidad clínica a través de la formación a referentes en úlceras por presión. Biblioteca Lascasas. 2013;9(1). Disponible en: http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0689.php.

Capítulo 26

Análisis de los conocimientos sobre contenciones mecánicas de los fisioterapeutas

Bastante Lozano, Mónica

Cabañero Luján, Remedios

Sánchez González, Irene

ANÁLISIS DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE CONTENCIONES MECÁNICAS DE LOS FISIOTERAPEUTAS

Introducción

Las evidencias científicas surgidas en los últimos años, permiten concluir que la prevalencia global de utilización de dispositivos de contención en los centros españoles es elevada.

Motivados por el deseo de mejorar la calidad de vida de los pacientes, han surgido numerosas acciones que intentan impulsar un nuevo modelo asistencial que busca alternativas al uso de las contenciones.

El papel de los fisioterapeutas, como parte del equipo multidisciplinar, es primordial para promover la salud y el envejecimiento activo con la finalidad de mejorar la calidad de vida.

Objetivos

❖ **PRINCIPAL**

Determinar el grado de conocimiento de los fisioterapeutas que trabajan en centros donde se usan contenciones mecánicas sobre el uso de éstas y otros factores relacionados con su aplicación.

❖ **SECUNDARIOS**

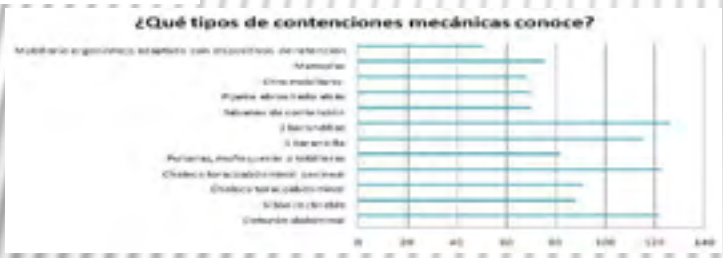
1. Saber si los fisioterapeutas son conocedores de los diferentes tipos de contenciones mecánicas que existen.
2. Conocer el nivel de formación de los fisioterapeutas sobre los protocolos de aplicación de las contenciones mecánicas.

Muestra y método

Estudio observacional descriptivo transversal

Población: Fisioterapeutas que trabajan o han trabajado en centros donde se usan contenciones mecánicas.
Muestra: 144 fisioterapeutas en total contestaron el cuestionario.
Recogida de datos: Mediante una encuesta anónima y confidencial autoadministrada que constaba de 13 preguntas con respuestas alternativas a elegir.
Análisis de datos: se utilizó estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes.

Resultados









Conclusión

- ✓ Los fisioterapeutas son conocedores de los distintos tipos de contenciones mecánicas más usadas en los centros sociosanitarios, sin embargo, la mayoría no han recibido formación sobre las alternativas a su uso.
- ✓ Es necesaria una mayor formación de los fisioterapeutas para asegurar el uso adecuado de las contenciones.
- ✓ Sería beneficiosa la mayor participación de los fisioterapeutas en los protocolos de contenciones de los diferentes centros.

Bibliografía

- ✓ Rodríguez Delgado, J. “Contenciones mecánicas en geriatría: propuestas técnicas y recomendaciones de uso en el ámbito social.” 2013
- ✓ Ruiz García, J. Rodríguez de Vera Selva, Mª L. “Inmovilización de pacientes y sujeción mecánica. Protocolo consensuado”. 2012

Resumen: *Dada la elevada prevalencia de utilización de dispositivos de contención mecánica en los centros españoles evidenciada científicamente en los últimos años, han surgido múltiples acciones que intentan impulsar un nuevo modelo asistencial alternativo al uso de éstas.*

Dentro de la consecución en la implantación de estos modelos se encuentra la figura del fisioterapeuta como parte del equipo multidisciplinar y por ello, el objetivo principal de este estudio es determinar el grado de conocimiento de aquellos fisioterapeutas que trabajan en centros donde se usan contenciones mecánicas y factores relacionados con su aplicación.

Palabras Clave: *Physiotherapist; restrictions; elderly.*

Metodología

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal, en el cual se tomó como muestra a 144 fisioterapeutas que trabajan o habían trabajado en centros donde se usaban contenciones mecánicas.

Para saber si dichos profesionales eran conocedores de los tipos de sujeciones mecánicas existentes y su nivel de formación sobre los protocolos de aplicación de éstas, se realizó una encuesta anónima y confidencial autoadministrada que constaba de 13 preguntas con respuestas alternativas a elegir.

Para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes.

Resultados

Según los objetivos del estudio, de entre las preguntas planteadas destacamos las siguientes:

1) ¿Qué tipo de contenciones mecánicas conoce?

Se ofreció la posibilidad de señalar 12 respuestas posibles entre todas las sujeciones mecánicas definidas por los servicios de inspección púbica y por los modelos asistenciales que buscan alternativas al uso de sujeciones.

Las restricciones más conocidas entre los profesionales fueron las dos barandillas, el chaleco toracoabdominal perineal, cinturón abdominal y una barandilla.

La menos conocida fue el mobiliario ergonómico con dispositivos de retención

2) ¿Ha recibido algún tipo de formación sobre las alternativas al uso de contenciones?

El 70% de los fisioterapeutas encuestados afirma no haber recibido ningún tipo de formación acerca de las alternativas posibles al empleo de sujeciones.

3) ¿Existe o existía el protocolo de contenciones en su centro de trabajo?

Aseguran conocer este protocolo el 60,7 % de los profesionales que trabajan o han trabajado en centros donde se usan. Por el contrario otros 37,3 % responden negando el conocimiento de este registro y un 2 % no contesta.

De esta pregunta raíz, extrajimos información con otras dos cuestiones planteadas

a) ¿Conoce quién es el responsable de dicho protocolo?

Un 73 % conoce al encargado de esta tarea, por el contrario, un 25 % de los fisioterapeutas afirma no conocer quién se hace cargo y el 2 % restante prefiere no contestar.

ISBN: 978-84-949197-6-3

b) ¿Se valora o valoraba periódicamente?

Un 46 % asevera que no existe una evaluación continua del protocolo en los centros frente a un 53 % que sí reconoce la revisión en su lugar de trabajo.

4) ¿Conoce los siguientes documentos?

a) El 62,7 % conoce el documento de voluntades anticipadas frente a un 37,3 % que desconoce la existencia de este testamento vital.

b) El 22,7 % está familiarizado con el programa "Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer" frente a un 77,3 % que jamás ha oído hablar de este recurso.

Discusión y conclusiones

A la vista de estos resultados, podemos concluir que hay falta de acuerdo entre los dispositivos que se consideran o no restricciones físicas. Esto puede deberse a que existe una disparidad de consenso entre las diferentes administraciones y organismos responsables de supervisar las sujeciones y esto se traslada a los profesionales que conviven con las contenciones mecánicas en su trabajo.

Es muy llamativo como la mayoría de los fisioterapeutas que trabajan o han trabajado en centros donde se utilizan sujeciones, no han recibido ningún tipo de formación encaminada a conocer alternativas al uso de éstas.

Por otro lado, siendo el protocolo de contenciones un documento obligatorio para aquellos centros donde son empleadas, aún hay alto porcentaje de fisioterapeutas que no conocen este registro y/o desconocen al responsable de éste. Es difícil que esta información pase desapercibida si el fisioterapeuta es realmente parte integrante del equipo interdisciplinar y participante en la toma de decisiones del equipo técnico del centro, entre ellas la revisión periódica de este documento.

El papel de los fisioterapeutas en los centros donde se utilizan contenciones mecánicas es primordial para promover la salud y el envejecimiento activo con la finalidad de mejorar la calidad de vida. Por ello, hay que analizar el porqué tan solo el 22,7% de profesionales encuestados conocen el programa Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer a pesar de tener un largo bagaje desde el año 2003 y ser una acción pionera en el conocimiento e intervención del fenómeno de las sujeciones.

Por último, quisimos preguntar si el fisioterapeuta como profesional sanitario y, en consecuencia, agente de salud sabía de la existencia del documento de voluntades anticipadas ya que se debería considerar muy valiosa esta manifestación escrita de las instrucciones que deben tenerse en cuenta acerca de la asistencia sanitaria que la persona desea recibir en situaciones que le impidan comunicar personalmente su voluntad, entre ellas, el uso de sujeciones mecánicas y químicas.

Bibliografía

1. Rodríguez Delgado, J. "Contenciones mecánicas en geriatría: propuestas técnicas y recomendaciones de uso en el ámbito social." 2013.
2. Ruiz García, J. Rodríguez de Vera Selva, Mª L. "Inmovilización de pacientes y sujeción mecánica. Protocolo consensuado". 2012.
3. Burgueño Torijano, A. "Atar para cuidar: uso de sujeciones físicas y químicas en personas mayores dependientes que reciben cuidados prolongados" 2008.
4. López López,M.T. "Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario". 2016.

Capítulo 27

Análisis del uso de permisos para la conciliación de la vida laboral y familiar por los profesionales de enfermería en relación al tipo de turnicidad en la que trabajan

Terriza Cabrera, Nuria

Collada Fernández, Laura

Monzón Ferrer, Adrián

Díaz Barajas, Nuria

ANALISIS DEL USO DE PERMISOS PARA LA CONCILIACIÓN DE LA VIDA LABORAL Y FAMILIAR POR LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN AL TIPO DE TURNICIDAD EN LA QUE TRABAJAN.

INTRODUCCIÓN

En España hay 250.000 enfermeras/os de las que aproximadamente el 85% son mujeres. La incorporación progresiva de la mujer al entorno laboral ha producido la necesidad imperiosa de impulsar políticas que favorezcan la conciliación de la vida familiar y laboral. Aunque la incorporación del hombre a la actividad de cuidados en el entorno del hogar debe ser una necesidad cada vez más creciente, indudablemente la mayor parte la responsabilidad del cuidado en el entorno familiar recae sobre la mujer. Es por ello, que los Servicios Centrales de los diferentes Servicios de Salud articulan políticas que favorezcan a través de los diferentes permisos la conciliación de la vida familiar y laboral. El Estado a través de la ley 39/1999 del 5 de noviembre y posteriormente el SESCAM, desarrollo a través de la resolución 19/06/2018 el denominado II Plan para la conciliación de la vida personal, familiar y laboral de las/los empleadas/os publicas/os de Castilla-La Mancha, que articula una serie de medidas en relación a permisos, vacaciones, reducción de jornadas, excedencia, etc.… todo un elenco de intervenciones que facilitan la integración de los trabajadores y su vida laboral. En este sentido el turno laboral con el que cuenta los profesionales puede influir en la necesidad de solicitud de permisos que faciliten el cuidado de los hijos menores o de los mayores dependientes.

HIPÓTESIS

- El personal que trabaja con turnicidad solicitará mayor número de permisos para poder conciliar la vida personal y laboral.

OBJETIVOS

Objetivos principales

- Conocer si el tipo de turnicidad laboral influye en uso de las medidas dispuestas para la conciliación de la vida familiar y laboral.

Objetivos secundarios

- Analizar la necesidad de flexibilización de los horarios laborales en relación al cuidado de menores y mayores a su cargo.
- Conocer la utilización por parte de los trabajadores de las principales medidas de conciliación en relación al cuidado de menores y mayores a su cargo.

ALGUNOS DATOS

- 40.5% Tiene hijos menores de 12 años a su cargo y 34% cambian turnos por el cuidado de los mismos.
- 20.5% tiene un familiar dependiente a su cargo 50% cambian turnos para su cuidado.
- 13.2% disfruta de una reducción de jornada para sui cuidado
- 90.5% de la muestra tiene turnicidad
- 48.8% son fijos; 26.5% eventuales y 24.4% interinos.
- 43.9% no conoce el plan concilia

MATERIAL Y MÉTODO

Población a estudio

- Profesionales de enfermería (enfermeras/os, enfermeros/as especialistas y técnicos de cuidados auxiliares de enfermería) del Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Muestra

- El tamaño muestra toma referencia del número de profesionales del equipo de enfermería que trabajan en las Unidades de UH4C (Nefrología/Endocrino), UH4B (Neurocirugía, Cir. Vascular), UH3B (Traumatología), UCIPN (Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales) y Paritorio. El muestreo será no aleatorizado consecutivo.

Periodo de reclutamiento

- El período de estudio se realizará entre los días 15 a 22 de marzo de 2019.

Diseño

- Estudio longitudinal de carácter observacional.
- Durante el período a estudio los investigadores pasarán el cuestionario de recogida de datos (Anexo I) a todos los profesionales de enfermería que se encuentren en las unidades a estudio. El cuestionario será cumplimentado por aquellos que cumplan los criterios de inclusión. Posteriormente, se tabularán y procesarán los datos obtenidos a través del programa SPSS v. 23 para Windows.

Características del cuestionario

- Se trata de un cuestionario "ad hoc" auto cumplimentado basado en el II Plan para la conciliación de la vida personal, familiar y laboral de las/los empleadas/os publicas/os de Castilla-La Mancha (SESCAM). El cuestionario centra su atención en las siguientes variables.

Variables a estudio.

- Variables socio demográficas: edad, lugar de residencia, estado civil, nivel de estudios, etc.…
- Variables relativas a la conciliación laboral: tipo de jornada laboral (politómica), días que trabaja en la semana (cuantitativa), petición de permisos – libre disposición y formación- (dicotómica), estímulo a la formación por parte de la empresa (dicotómica), etc..

Estadística.

- Se utilizará estadística descriptiva: media y estadísticos de dispersión para variables cuantitativas y proporciones para variables cualitativas. Estadística inferencia: xi cuadrado para variables cualitativas.
- En la estadística inferencial se calculará la estimación poblacional de parámetros con sus intervalos de confianza al 95%.

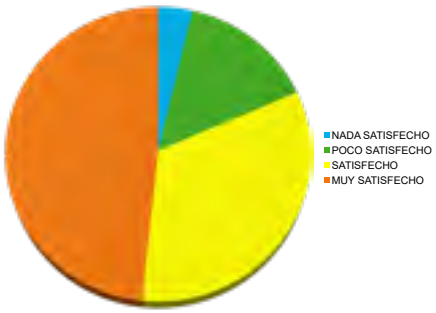
TIPO DE TURNO



FORMACIÓN



SATISFACCIÓN CON LA COMPAGINACIÓN DE LA VIDA FAMILIAR Y EL CUIDAD DE LOS HIJOS



LIMITACIONES.

El presente estudio no tiene finalidad analítica al no tener grupo control. El número de respuesta recibidas de la turnicidad de 12 horas suponen una limitación en los resultados que impide que estos sean extrapolables.

CONCLUSIONES

- **La normativa del Plan para la conciliación de la vida personal, familiar y laboral, importante avance en la lucha por los derechos laborales, es una gran desconocida dentro de los profesionales de enfermería del HGUCR.**
- **El turno de trabajo, 7 horas o de 12 horas tiene una relación directa sobre la necesidad de solicitud de permisos para conciliar la vida personal, familiar y laboral, sobre todo en relación al cuidado de los menores de 12 años, siendo el turno de 7 horas el más demandante de permisos para poder conciliar.**
- **Pese a la resistencia en la facilitación de permisos para la formación por parte de la Dirección y de los responsables directos, los profesionales de enfermería continúan preocupándose con gran inquietud por su formación siendo elevado el número de profesionales que continúan formándose pese a las dificultades.**

BIBLIOGRAFÍA

- http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p416/a2016/&file=s08004.px
- https://www.consejogeneralenfermeria.org/sala-de-prensa/noticias/item/11394-recursos-humanos-sanitarios-una-foto-fija-inalterada-e-inalterable
- https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-21568
- http://www.castillalamancha.es/gobierno/haciendayapp/estructura/dgpfp/actuaciones/ii-plan-concilia-jccm

Resumen: *En España hay 250.000 enfermeras/os, aproximadamente el 85% son mujeres. La incorporación progresiva de la mujer al entorno laboral ha producido la necesidad de impulsar políticas que favorezcan la conciliación de la vida familiar y laboral. Aunque la incorporación del hombre a la actividad de cuidados en el entorno del hogar es cada vez más creciente, indudablemente la mayor parte la responsabilidad del cuidado en el entorno familiar recae sobre la mujer. Es por ello, que los Servicios Centrales de los diferentes Servicios de Salud articulan políticas que favorezcan a través de permisos esta conciliación de vida familiar y laboral.*

Palabras Clave: *Actividades cotidianas; satisfacción en el trabajo; horario de trabajo por turnos.*

Introducción

El Estado a través de la ley 39/1999 del 5 de noviembre y posteriormente el SESCAM, desarrollo a través de la resolución 19/06/2018 el denominado II Plan para la conciliación de la vida personal, familiar y laboral de las/los empleadas/os publicas/os de Castilla-La Mancha, que articula una serie de medidas en relación a permisos, vacaciones, reducción de jornadas, excedencia, etc.… todo un elenco de intervenciones que facilitan la integración de los trabajadores y su vida laboral. En este sentido el turno laboral con el que cuenta los profesionales puede influir en la necesidad de solicitud de permisos que faciliten el cuidado de los hijos menores o de los mayores dependientes.

Objetivos

Objetivo principal: Conocer si el tipo de turnicidad laboral influye en uso de las medidas dispuestas para la conciliación de la vida familiar y laboral.

Objetivos secundarios:

- Analizar la necesidad de flexibilización de los horarios laborales en relación al cuidado de menores y mayores a su cargo.
- Conocer la utilización por parte de los trabajadores de las principales medidas de conciliación en relación al cuidado de menores y mayores a su cargo.

Material y métodos

Hipótesis: El personal que trabaja con turnicidad solicitará mayor número de permisos para poder conciliar la vida personal y laboral.

Población a estudio: Profesionales de enfermería (enfermeras/os, enfermeros/as especialistas y técnicos de cuidados auxiliares de enfermería) del Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Muestra: El tamaño muestra toma referencia del número de profesionales del equipo de enfermería que trabajan en las Unidades de UH4C (Nefrología/Endocrino), UH4B (Neurocirugía, Cir. Vascular), UH3B (Traumatología), UCIPN (Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales) y Paritorio. El muestreo será no aleatorizado consecutivo.

Periodo de reclutamiento: El período de estudio se realizará entre los días 15 a 22 de marzo de 2019.

Diseño:

- Estudio longitudinal de carácter observacional.

ISBN: 978-84-949197-6-3

- Durante el período a estudio los investigadores pasarán el cuestionario de recogida de datos (Anexo I) a todos los profesionales de enfermería que se encuentren en las unidades a estudio. El cuestionario será cumplimentado por aquellos que cumplan los criterios de inclusión. Posteriormente, se tabularán y procesarán los datos obtenidos a través del programa SPSS v. 23 para Windows.

Características del cuestionario: Se trata de un cuestionario "ad hoc" auto cumplimentado basado en el II Plan para la conciliación de la vida personal, familiar y laboral de las/los empleadas/os publicas/os de Castilla-La Mancha (SESCAM). El cuestionario centra su atención en las siguientes variables.

Variables a estudio:

- Variables socio demográficas: edad, lugar de residencia, estado civil, nivel de estudios, etc.…
- Variables relativas a la conciliación laboral: tipo de jornada laboral (politómica), días que trabaja en la semana (cuantitativa), petición de permisos – libre disposición y formación- (dicotómica), estímulo a la formación por parte de la empresa (dicotómica), etc..

Estadística:

- Se utilizará estadística descriptiva: media y estadísticos de dispersión para variables cuantitativas y proporciones para variables cualitativas. Estadística inferencia: xi cuadrado para variables cualitativas.
- En la estadística inferencial se calculará la estimación poblacional de parámetros con sus intervalos de confianza al 95%.

Limitaciones: El presente estudio no tiene finalidad analítica al no tener grupo control. El número de respuesta recibidas de la turnicidad de 12 horas suponen una limitación en los resultados que impide que estos sean extrapolables.

Conclusiones

La normativa del Plan para la conciliación de la vida personal, familiar y laboral, importante avance en la lucha por los derechos laborales, es una gran desconocida dentro de los profesionales de enfermería del HGUCR.

El turno de trabajo, 7 horas o de 12 horas tiene una relación directa sobre la necesidad de solicitud de permisos para conciliar la vida personal, familiar y laboral, sobre todo en relación al cuidado de los menores de 12 años, siendo el turno de 7 horas el más demandante de permisos para poder conciliar.

Pese a la resistencia en la facilitación de permisos para la formación por parte de la Dirección y de los responsables directos, los profesionales de enfermería continúan preocupándose con gran inquietud por su formación siendo elevado el número de profesionales que continúan formándose pese a las dificultades.

Bibliografía

1. http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p416/a2016/&file=s08004.px.
2. https://www.consejogeneralenfermeria.org/sala-de-prensa/noticias/item/11394-recursos-humanos-sanitarios-una-foto-fija-inalterada-e-inalterable.
3. https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-21568.
4. http://www.castillalamancha.es/gobierno/haciendayaapp/estructura/dgpfp/actuaciones/ii-plan-concilia-jccm.

Capítulo 28

Antidepresivos y riesgo de caídas en ancianos

Gómez Caraballo Jiménez Galanes, Jesús Manuel

ANTIDEPRESIVOS Y RIESGO DE CAÍDAS EN ANCIANOS

)



INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

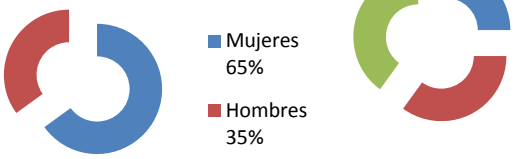
La incidencia de las caídas en la población anciana es mucho mayor que en el resto de la población. Los ancianos muchas veces lo aceptan como parte inevitable del envejecimiento y por ello con mucha frecuencia dejan de consultar sobre este hecho. Nosotros, debemos de forma activa pesquisar dentro de nuestra población aquellos pacientes con riesgo de sufrir caídas y con ello evitar las consecuencias orgánicas y psicológicas que éstas acarrean. Para ello debemos conocer las causas más frecuentes que las provocan y lo más importante, la prevención de las mismas. En este trabajo abordamos de manera clara y sencilla una de las causas fundamentales, el uso de antidepresivos en ancianos.
Las caídas son la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales. Como profesionales de enfermería debemos tener un papel de vital importancia y responsabilidad en la prevención de éstas.

PREGUNTAS:
1.-¿TOMA MÁS DE 3 FÁRMACOS?
a.- Sí.
b.- No.
2.-¿ALGUNO DE ELLOS ES UN ANTIDEPRESIVO?
a.-Sí.
b.-No.
3.-¿CREE QUE SU CAÍDA ESTÁ RELACIONADA CON ESTE TRATAMIENTO?
a.-Sí.
b.-No.
c.-Tengo dudas.

METODOLOGÍA

El diseño utilizado ha sido un estudio descriptivo transversal. Se ha llevado a cabo en un Punto de Atención continuada, seleccionando de entre aquella población mayor de 65 años que acude al servicio de urgencias del PAC y cuya patología esta relacionada con una caída. Ha sido durante los meses de Junio a Octubre de 2018, con una muestra de 500 personas.
El número de sujetos incluidos se ha hecho de forma aleatoria entre distintos días, a los cuales se les ha formulado 3 preguntas relacionadas sobre su patología y tratamiento.
Las variables que se han tenido en cuenta han sido la edad, sexo y tratamiento farmacológico.

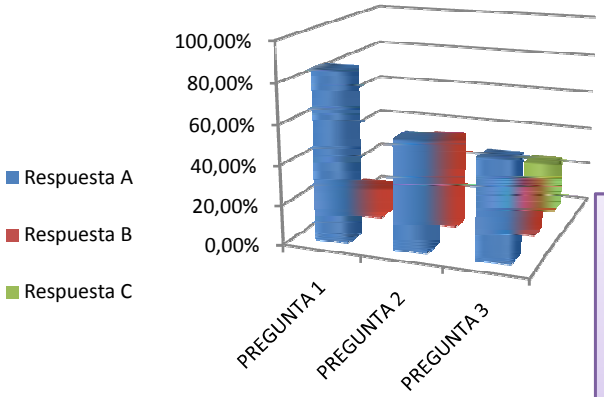
RESULTADOS







En cuanto a la encuesta:



De la muestra, un 65% fueron mujeres. La mayor parte de los sujetos estudiados (40%) tenía más de 85 años, cuyo tratamiento principal son los antidepresivos, seguido de antihipertensivos, benzodiacepinas y antidiabéticos.
El 85% de mi muestra toma más de tres fármacos. El 50% de estos pacientes que acudieron a urgencias tras tener una caída cree que es como consecuencia del uso de los antidepresivos que toma.
.

CONCLUSIONES

Las mujeres mayores de 85 años son más propensas a padecer una caída. El uso de antidepresivos se hace predominante entre la población anciana, siendo la causa de dicha situación.
Tras valorar los resultados obtenidos, es importante revisar de forma periódica los medicamentos psicotrópicos como son los antidepresivos y por consiguiente se aumentará la satisfacción entre paciente-cuidador y personal de enfermería.
Se necesita más investigación con trabajos bien diseñados, esto podría ayudar a crear mejores modelos para dar prioridad a estos pacientes a partir de la revisión de la medicación en la atención primaria de salud.

Bibliografía:
1.-Felsón DT. Prevención de las fracturas de cadera. Hospital Practice. 4,2:25-39.
2.-Organización Mundial de la salud. Caídas. Número 344; 2012.
3.-Lazaro Del Nogal. Evaluación del anciano con caídas de repetición. Ed. SEGG. Madrid. 1997.

Resumen: *La incidencia de las caídas en la población anciana es mucho mayor que en el resto de la población. Los ancianos lo aceptan como parte inevitable del envejecimiento. En este trabajo abordamos de manera clara y sencilla una de las causas fundamentales, el uso de antidepresivos en ancianos, mediante un estudio descriptivo transversal, seleccionando de entre población mayor de 65 años que acude al servicio de urgencias de un punto de atención continuada y cuya patología esta relacionada con una caída. Concluiremos que el uso de antidepresivos se hace predominante entre la población anciana, siendo la causa de dicha situación.*

Palabras Clave: *Antidepresivos; tratamiento farmacológico; caída.*

Introducción

La incidencia de las caídas en la población anciana es mucho mayor que en el resto de la población. Los ancianos muchas veces lo aceptan como parte inevitable del envejecimiento y por ello con mucha frecuencia dejan de consultar sobre este hecho. Nosotros, debemos de forma activa pesquisar dentro de nuestra población aquellos pacientes con riesgo de sufrir caídas y con ello evitar las consecuencias orgánicas y psicológicas que éstas acarrean. Para ello debemos conocer las causas más frecuentes que las provocan y lo más importante, la prevención de las mismas. En este trabajo abordamos de manera clara y sencilla una de las causas fundamentales, el uso de antidepresivos en ancianos.

Las caídas son la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales. Como profesionales de enfermería debemos tener un papel de vital importancia y responsabilidad en la prevención de éstas.

Metodología

El diseño utilizado ha sido un estudio descriptivo transversal. Se ha llevado a cabo en un Punto de Atención continuada, seleccionando de entre aquella población mayor de 65 años que acude al servicio de urgencias de un punto de atención continuada y cuya patología esta relacionada con una caída. Ha sido durante los meses de Junio a Octubre de 2018, con una muestra de 500 personas.

El número de sujetos incluidos se ha hecho de forma aleatoria entre distintos días, a los cuales se les ha formulado 3 preguntas relacionadas sobre su patología y tratamiento.

-¿Toma más de tres fármacos?

a.- Sí.

b.- No.

-¿Alguno de ellos en un antidepresivo?

a.- Sí.

b.-No.

ISBN: 978-84-949197-6-3

-¿Cree que su caída está relacionada con este tratamiento?

a.- Sí.

b.-No.

c.-Tengo dudas.

Las variables que se han tenido en cuenta han sido la edad, sexo y tratamiento farmacológico.

Resultados.

De la muestra, un 65% fueron mujeres. La mayor parte de los sujetos estudiados (40%) tenía más de 85 años, cuyo tratamiento principal son los antidepresivos, seguido de antihipertensivos, benzodiacepinas y antidiabéticos.

El 85% de mi muestra toma más de tres fármacos. El 50% de estos pacientes que acudieron a urgencias tras tener una caída cree que es como consecuencia del uso de los antidepresivos que toma.

Conclusiones

Las mujeres mayores de 85 años son más propensas a padecer una caída. El uso de antidepresivos se hace predominante entre la población anciana, siendo la causa de dicha situación.

Tras valorar los resultados obtenidos, es importante revisar de forma periódica los medicamentos psicotrópicos como son los antidepresivos y por consiguiente se aumentará la satisfacción entre paciente-cuidador y personal de enfermería.

Se necesita más investigación con trabajos bien diseñados, esto podría ayudar a crear mejores modelos para dar prioridad a estos pacientes a partir de la revisión de la medicación en la atención primaria de salud.

Bibliografía

1. Felsón DT. Prevención de las fracturas de cadera. Hospital Practice. 4,2:25-39.
2. Organización Mundial de la salud. Caídas. Número 344; 2012.
3. Lázaro del Nogal. Evaluación del anciano con caídas de repetición. Ed. SEGG. Madrid. 1997.

Capítulo 29

Atención de enfermería ante los abusos en las PCDI. Unidad de prevención y atención a victimas con DI (UAVDI)

Camacho Sánchez, Ana María

Sánchez Gómez, Rocío

Palacios Candelas, Rosa María

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LOS ABUSOS EN LAS PCDI. UNIDAD DE PREVENCION Y ATENCIÓN A VICTIMAS CON DI (UAVDI)

Sánchez Gómez, Rocío. Palacios Candelas Rosa María. Camacho Sánchez, Ana María.

Introducción

"Abuso como intromisión indeseada, intencionadamente, que viola la integridad personal, emocional, financiera, física o sexual de la persona. Un abuso es siempre una violación de los derechos humanos y civiles de un individuo.
Puede ser en un acto aislado o una serie de actos repetidos, conductas psicológicas, físicas o verbales, un acto negligente por actuación u omisión y situación en la que se persuade a una persona vulnerable para que forme parte de una transacción sexual o financiera sin que ésta haya dado su consentimiento o no tenga capacidad para consentir."

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU, en el año 2007 dentro de su art 16 señala que *"los Estados deberán adoptar medidas para proteger a las personas con discapacidad, tanto en el seno del hogar, como fuera de él, contra todas las formas de explotación, violencia y abuso, incluidos aspectos relacionados con el género".*

Dentro de este marco conceptual surge la importancia de dotar al profesional de enfermería de herramientas e información para el abordaje de este tipo de situaciones que se pueden presentar en su día a día en la práctica laboral, dando a conocer la Unidad de Prevención y Atención a víctimas con DI (UAVDI). La cual tenemos a nuestro lado en CLM tanto para guiarnos como intervenir en el caso de ser necesario.

Objetivos

Concienciar de la importancia de los abusos en las personas con discapacidad intelectual y cómo detectarlos.

Informar al profesional de enfermería sobre qué hacer ante este tipo de situaciones.

Dar a conocer la Unidad de Prevención y Atención a víctimas con DI (UAVDI).

Material y método

Se ha elaborado una revisión bibliográfica en base a datos recogidos en Google académico y páginas web oficiales de asociaciones y grupos relacionados con el objeto del trabajo, entre 2014 y 2019.

Como criterios de exclusión se utilizaron el año de publicación del artículo y se descartó cualquier artículo que no tuviera una relación clara las PCDI. Se utilizaron como criterios de inclusión los artículos relacionados con los abusos en PCDI. Tras la primera búsqueda se encontraron 20 artículos de los cuales tras lectura de título y resumen se seleccionaron 8 artículos con una evidencia científica IVc.

Este estudio va dirigido a los profesionales de enfermería, como población diana.

Palabras clave (Decs): Atención de enfermería, abusos y discapacidad intelectual.

Resultados

Abusos en PCDI ⇨ **Principal recurso en nuestra mano** ⇨ **UAVDI; Unidad de Prevención y Atención a Víctimas con Discapacidad Intelectual**

Es un recurso especializado para prevención e intervención en casos de abusos con PCDI en CLM, un servicio gratuito que forma parte de la red nacional de referencia en contra de los abusos. Puesto en marcha por la asociación LABORVALÍA con el apoyo de la Junta de comunidades de CLM y fundación ALAPAR. Son un grupo de psicólogos, psicoterapeutas y abogados que ayudan a las PCDI en este tipo de situaciones tanto si llegan a un fin judicial, en el cual los acompañarían jurídicamente hasta la resolución del caso, como si solamente es asesoramiento.

La UAVDI ofrece cursos de formación a profesionales donde se encarga de formar "agentes" que sean capaces de saber actuar y manejar este tipo de situaciones.

Páginas web

https://www.alapar.org/
http://laborvalia.es/uavdi/
http://nomasabuso.com/
http://laborvalia. es

En el cuadro adjunto se muestran páginas web tanto de la AUVDI como relacionadas, donde hay mucha información que nos puede servir de ayuda. En caso de detectar una situación de abuso, nosotros como enfermeros debemos de comunicarla y ponerlo en manos de la UAVDI, para que ellos nos digan los pasos a seguir para solucionar el problema y nos informen de las medidas que se van a tomar o que debemos tomar en dichas situaciones.

En 2014 se presenta una guía titulada "**Abuso y discapacidad intelectual, orientaciones para la prevención y actuación" por la Fundación Carmen Pardo- Valcarce** muy beneficiosa para los profesionales sanitarios donde explica los factores de vulnerabilidad al abuso en PCDI además de explicar detalladamente todo este tipo de recursos que nos pueden ayudar.

Conclusiones

Es realmente importante que los profesionales de enfermería contemos con toda esta información para saber cómo actuar, detectarlo y en manos de quién debemos poner el caso.
Llegados a este punto, es importante lanzar la idea sobre la vital importancia de formar a las PCDI desde pequeños, en derechos y deberes propios, en que sepan detectar cuando alguien se sobrepasa con ellos. En el derecho a la intimidad de su cuerpo decidiendo a quién dan permiso y de qué manera a acceder a él.

Bibliografía

-Cruz Ortiz, M. Pérez Rodríguez, C. Jenaro Río, C. Enfermería y discapacidad: una visión integradora. Scielo [Internet] 2010; vol 19:2-3. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200023
- Alapar.org [Internet]. Madrid: Alapar. Consultado 19-3-2019- Disponible en: https://www.alapar.org/
- Nomasabuso.com [Internet]. Castilla La Mancha: Laborvalia. Consultado 19-3-2019. Disponible en: http://nomasabuso.com/
- Laborvalia.es [Internet].Castilla La Mancha: Laborvalia. Consultado 19-3-2019. Disponible en: http://laborvalia.es/
- Recio,M. Galindo;L. Cendra,J. Alemany, A. Villaró, G. Martorell, A. Abuso y discapacidad intelectual: Orientaciones para la prevención y actuación. [Internet]. Madrid: Fundación Carmen Pardo- Valcarce, 2014.
- Fundación Carmen Pardo-valcarce. Protocolo de actuación ante abusos sexuales y violencia doméstica y de género a PCDI. 2013. ISBN978-84-616-7151-9.

Resumen: *Dentro de los derechos ya reconocidos para las PCDI (personas con discapacidad intelectual) está protegerlas de cualquier situación de abuso, de ahí nace la UAVDI (unidad de prevención y atención a víctimas con DI). La UAVDI es un recurso gratuito que nace en Castilla La Mancha, con el fin de defender los derechos de las PCDI, ayuda a los profesionales, familias y las propias personas a detectar una situación de abuso y saber cómo actuar en dichas situaciones. Desde la enfermería es importante estar formados en este ámbito y saber actuar dando una atención enfermera de calidad.*

Palabras Clave: *Atención de enfermería; abusos; discapacidad intelectual.*

Introducción

Abuso como cualquier intromisión indeseada, provocada intencionadamente, que viola la integridad personal, emocional, financiera, física o sexual de la persona. Un abuso es siempre una violación de los derechos humanos y civiles de un individuo. Puede consistir en un acto aislado o una serie de actos repetidos, conductas psicológicas, físicas o verbales, acto negligente por actuación u omisión y una situación en la que se persuade a una persona vulnerable para que forme parte de una transacción sexual o financiera sin que ésta haya dado su consentimiento o no tenga capacidad para consentir.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU, ratificada por España en el año 2007, señala que ninguna persona será sometida a tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes. En su artículo 16 dice: “los Estados deberán adoptar medidas para proteger a las personas con discapacidad, tanto en el seno del hogar, como fuera de él, contra todas las formas de explotación, violencia y abuso, incluidos aspectos relacionados con el género”.

Dentro de este marco conceptual surge la importancia de dotar al profesional de enfermería de herramientas e información para el abordaje de este tipo de situaciones que se pueden presentar en su día a día de la práctica laboral, dando a conocer la Unidad de Prevención y Atención a víctimas con DI (UAVDI). La cual tenemos a nuestro lado en la provincia de C.Real tanto para guiar nuestra practica como intervenir en el caso de que fuera necesario.

Objetivos

- Concienciar de la importancia de los abusos entre las personas con discapacidad intelectual y cómo detectarlos.
- Informar al profesional de enfermería sobre qué hacer ante este tipo de situaciones.
- Dar a conocer la Unidad de Prevención y Atención a víctimas con DI (UAVDI).

Material y método

Se ha elaborado una revisión bibliográfica en base a datos recogidos en Google académico y páginas web oficiales de asociaciones y grupos relacionados con el objeto del trabajo, entre 2014 y 2019. Como criterios de exclusión se utilizaron el año de publicación del artículo y se descartó cualquier artículo que no tuviera una relación clara las PCDI. Se utilizaron como criterios de inclusión los artícu-

ISBN: 978-84-949197-6-3

los relacionados con los abusos en PCDI. Tras la primera búsqueda se encontraron 20 artículos de los cuales tras lectura de título y resumen se seleccionaron 8 artículos con una evidencia científica IVc.

Este estudio va dirigido a los profesionales de enfermería, como población diana. Las palabras clave (Decs) utilizadas son atención de enfermería, abusos y discapacidad intelectual.

Resultados

Los profesionales de enfermería debemos saber detectar cualquier situación de abuso. Entre el porcentaje de personas con discapacidad dentro de la población general es mucho más prioritario saber detectarlos. Ya que las PCDI suelen no darse cuenta de que están siendo víctimas de un abuso y pueden normalizar esa situación, no comunicarla ni reaccionar a ella. Pues en ocasiones el agresor puede ser conocido o no, incluso ser otra misma persona con discapidad intelectual.

Por la gravedad que supone este tipo de situaciones y la dificultad para manejarlas, tenemos a nuestra mano una serie de recursos que nos pueden ayudar. Una de las unidades que está cobrando mucha importancia en CLM es la UAVDI; Unidad de Prevención y Atención a Víctimas con Discapacidad Intelectual. Es un recurso especializado para prevención e intervención en casos de abusos con PCDI en CLM, un servicio gratuito que forma parte de la red nacional de referencia en contra de los abusos. Puesto en marcha por la asociación LABORVALÍA con el apoyo de la Junta de comunidades de CLM y la fundación ALAPAR. Son un grupo tanto de psicólogos y psicoterapeutas como abogados que ayudan a las PCDI en este tipo de situaciones tanto si llegan a un fin judicial, en el cual los acompañarían jurídicamente hasta la resolución del caso, como si solamente es asesoramiento. En sus páginas web ofrecen mucha información acerca de cómo podemos detectar abusos, qué hacer, cómo poder contactar con ellos o contactar con otros recursos que también sean de ayuda (https://www.alapar.org/ http://laborvalia.es/uavdi/ http://nomasabuso.com/).

En caso de detectar una situación de este tipo nosotros como enfermeros debemos de comunicarla y saber quién nos puede ayudar y aconsejar en estos casos. Debemos de ponerlo en manos de la UAVDI para que ellos nos digan los pasos a seguir para solucionar el problema y tomar las medidas. La UAVDI ofrece cursos de formación a profesionales en los cuales se encarga de formar agentes que sean capaces de saber actuar y manejar este tipo de situaciones.

En 2014 se presenta una guía titulada “Abuso y discapacidad intelectual, orientaciones para la prevención y actuación” por la Fundación Carmen Pardo- Valcarce muy beneficiosa para los profesionales sanitarios donde explica los factores de vulnerabilidad al abuso en PCDI además de explicar detalladamente todo este tipo de recursos a nuestra mano.

Conclusiones

Es realmente importante que los profesionales de enfermería contemos con toda esta información para saber cómo actuar, detectarlo y en manos de quién debemos poner el caso. Llegados a este punto, es importante lanzar la idea de la vital importancia de formar a las PCDI desde pequeños, en derechos y deberes propios, en que sepan detectar cuando alguien se sobrepasa con ellos. En el derecho a la intimidad de su cuerpo y en esto también debemos actuar los profesionales desde los centros residenciales y formar a las familias en este tipo de valores.

Bibliografía

1. Recio,M. Galindo;L. Cendra,J. Alemany, A. Villaró, G. Martorell, A. Abuso y discapacidad intelectual: Orientaciones para la prevención y actuación. [Internet]. Madrid: Fundación Carmen Pardo- Valcarce, 2014.
2. Fundación Carmen Pardo-valcarce. Protocolo de actuación ante abusos sexuales y violencia doméstica y de género a PCDI. 2013. ISBN978-84-616-7151-9.
3. Cruz Ortiz, M. Pérez Rodríguez, C. Jenaro Río, C. Enfermería y discapacidad: una visión integradora. Scielo [Internet] 2010; vol 19:2-3. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200023.
4. Nomasabuso.com [Internet]. Castilla La Mancha: Laborvalia. Consultado 19-3-2019. Disponible en: http://nomasabuso.com/.
5. Laborvalia.es [Internet].Castilla La Mancha: Laborvalia. Consultado 19-3-2019. Disponible en: http://laborvalia.es/.

Capítulo 30

Atención de enfermería en el paciente intervenido de desprendimiento de retina regmatógeno

Álvarez Asensio, María Nieves

Ruiz López, María Nieves

Díaz Rincón, Laura María

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE INTERVENIDO DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA REGMATÓGENO

INTRODUCCIÓN

El **desprendimiento de retina (DR)** consiste en la separación de la retina neurosensorial del epitelio pigmentario retinal (EPR) y la acumulación de líquido subretinal (LSR) en el nuevo espacio creado. Su forma más común es el desprendimiento de retina regmatógeno (DRR), el cual se produce como consecuencia de una rotura retinal. Existen también otros tipos menos frecuentes como el traccional (asociado a retinopatía diabética) y el exudativo (asociado a patologías inflamatorias de la retina o la coroides).

La incidencia de esta patología se estima en 1 de cada 10.000 habitantes por año. Se trata de un problema visual grave cuya frecuencia es mayor en la tercera edad (50-70 años) y en personas miopes o que ya han tenido algún trastorno en la retina.

Es una de las patologías oftalmológicas más comunes y su tratamiento debe ser inmediato para evitar la pérdida irreversible de la visión. El pronóstico es peor cuando la mácula está afectada.

JUSTIFICACIÓN

La educación terapéutica por parte de los profesionales de enfermería es fundamental para que los pacientes intervenidos de DRR alcancen la máxima agudeza visual posible y eviten la recurrencia del cuadro.

OBJETIVO

- Conocer en qué consiste la patología del DRR y definir la etiología, patogenia, evolución, tratamiento y posibles complicaciones.
- Describir los cuidados que un profesional de enfermería ha de poner en práctica ante la persona intervenida de DRR, encaminados a prestar educación para la salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica basada en la literatura científica disponible sobre el tema planteado desde el 2010 a la actualidad. Como fuente de información se utilizaron las siguientes bases de datos: Pubmed, SciELO, CUIDEN PLUS, Biblioteca Cochrane, así como diferentes guías clínicas y libros.

Palabras clave: Desprendimiento retina, cuidados, tratamiento y cirugía.

RESULTADOS

CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO

- Miopía (40%)
- Cirugía previa de catarata complicada
- DR en el ojo contralateral (10%)
- Historia familiar de DR de primer grado
- Edad: degeneración vítreo-retiniana.
- Traumatismos oculares
- Retinopatía diabética proliferativa
- Enfermedades oculares: uveitis, glaucoma
- Prematurez

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Destellos luminosos (fotopsias)
- Visión de moscas volantes (miodesopsias).
- Defectos del campo visual (cortina negra)
- Pérdida de visión central (mácula afectada)



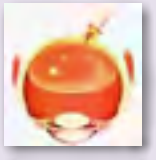


TRATAMIENTO

1. **Fotocoagulación con láser:** los desgarros producidos en la retina se asilan cauterizando con un láser la zona afectada. Se realiza a través de la pupila y de forma ambulatoria.
2. **Crioterapia:** también se realiza a través de la pupila y consiste en la aplicación de frío para sellar el desgarro.
3. **Drenaje líquido subretiniano:** se extrae el líquido acumulado para evitar la expansión del desgarro.
4. **Retinopexia Neumática:** consiste en la inyección de una burbuja de gas en el espacio vítreo . El gas hace presión y recoloca la retina desprendida. Se suele asociar con láser o crioterapia. El gas se reabsorbe por sí solo.
5. **Cirugía escleral:** colocación de una banda de silicona (explante) entorno a la esclera (capa más externa del ojo). De esta manera aproximamos la pared del globo ocular a la retina desprendida. Suele combinarse con drenaje del LSR por punción. Asímismo, precisa asociación de láser o frío para sellar los desgarros.
6. **Vitrectomía:** consiste en la extracción del humor vítreo, con el fin de liberar la tracción interna y dar elasticidad a la retina. A través de esta técnica, se logra colocar la retina en su posición original y con láser o crioterapia se fijan los bordes del desgarro. El vítreo se sustituye por gas o aceite de silicona que mantendrá la retina en contacto con la pared del globo ocular. Puede combinarse con cirugía escleral. Se realiza de forma ambulatoria bajo anestesia local y sedación. Actualmente es la cirugía de elección.

Complicaciones postquirúrgicas: Re-desprendimiento de retina, hemorragia vítrea, catarata, glaucoma, aumento PIC, endoftalmitis.







CUIDADOS POSTOPERATORIOS

- ✓ Recuperación de la anestesia, evaluación del estado fisiológico y control del dolor.
- ✓ Reposo relativo. No hacer movimientos bruscos con la cabeza y el cuerpo.
- ✓ El parche oclusivo se retirará a las 24h y es posible que el paciente sufra leves molestias como sensación de tener cuerpos extraños, hinchazón párpados, etc.
- ✓ Seguir con disciplina y constancia el tratamiento médico. Asesorar sobre la instilación de colirios.
- ✓ Si en la cirugía se utilizó gas, el paciente evitará subir alturas mayores de 500 metros sobre el nivel del mar, y se le restringirán los viajes en avión.
- ✓ En caso de utilizar gas o silicona: mantener una estricta postura boca abajo alrededor de 10 días para estabilizar la burbuja y comprensión de la rotura.
- ✓ Enseñar a reconocer los signos de alarma (velos, cortinas, sombras, etc.) y acudir rápidamente a la consulta.
- ✓ Explicar al paciente que después de la cirugía se recuperará visión de forma gradual. Debemos dar apoyo psicológico.

CONCLUSIONES

- El DRR continúa siendo una causa importante de baja visión y ceguera, sin embargo, si se diagnostica y trata oportunamente tiene buenas posibilidades de éxito.
- Las complicaciones más importantes derivadas de la cirugía ocurren durante los primeros días del postoperatorio. Por tanto, los cuidados enfermeros por manos expertas sabiendo lo que hay que hacer en cada momento, beneficiarán al paciente en su recuperación.
- La implicación de la enfermera en la prevención y educación sanitaria de los familiares y pacientes operados hace que se reduzcan los riesgos y complicaciones.

Resumen: *Se llevó a cabo una revisión bibliográfica sobre desprendimiento de retina regmatógneo (DRR), con vistas a ofrecer información actualizada sobre la etiología, patogenia, tratamientos, complicaciones y cuidados postoperatorios.*

El DRR es la causa más importante de baja visión y ceguera, sin embargo, si se diagnostica y trata oportunamente tiene buenas posibilidades de éxito. La implicación de enfermería es fundamental para reducir riesgos y complicaciones postoperatorias.

Palabras Clave: *Desprendimiento de retina; cuidados; tratamiento y cirugía.*

Introducción

El desprendimiento de retina (DR) consiste en la separación de la retina neurosensorial del epitelio pigmentario retinal (EPR) subyacente y la acumulación de líquido subretinal en el nuevo espacio creado. La forma más común es el desprendimiento de retina regmatógeno (DRR), el cual se produce como consecuencia de una rotura retinal. Existen también otros tipos menos frecuentes como el traccional (asociado a retinopatía diabética) y el exudativo (patologías inflamatorias de la retina).

La incidencia de esta patología se estima en 1 de cada 10.000 habitantes por año. Se trata de un problema visual grave cuya frecuencia es mayor entre varones alrededor de la tercera edad y en personas miopes o que hayan tenido algún trastorno en la retina.

Es una de las patologías oftalmológicas más comunes en la práctica clínica diaria y su tratamiento debe ser inmediato para evitar la pérdida irreversible de la visión. El pronóstico es peor cuando la mácula está afectada.

Objetivos

Conocer en qué consiste la patología del DRR y definir la etiología, patogenia, evolución, tratamiento y posibles complicaciones.

Definir los cuidados que un profesional de enfermería ha de poner en práctica ante la persona con un DRR después de la intervención quirúrgica, encaminados a prestar educación para la salud.

Material y métodos

Revisión bibliográfica basada en la literatura científica disponible sobre el tema planteado desde el 2010 a la actualidad. Como fuente de información se utilizaron las siguientes bases de datos: Pubmed, Scielo, Cuiden Plus, Biblioteca Cochrane, así como diferentes guías clínicas y libros.

Palabras clave: Desprendimiento de retina, cuidados, tratamiento y cirugía.

Resultados

Causas y Factores de riesgo

- Miopía (40%).
- Cirugía previa de catarata complicada.

ISBN: 978-84-949197-6-3

- DR en el ojo contralateral (10 %).
- Historia familiar de DR de primer grado.
- Edad: degeneración vítreo-retiniana.
- Traumatismos oculares.
- Retinopatía diabética proliferativa.
- Enfermedades oculares: uveítis, glaucoma, etc.
- Prematurez.

Manifestaciones clínicas

- En el 60% de los casos pueden aparecer destellos luminosos (fotopsias) y moscas volantes (miodesopsias).
- Defecto en el campo visual, el paciente lo suele describir como telón o cortina negra.
- Pérdida de visión central. Aparece cuando se ve afectada la mácula.

Tipos de Tratamiento

La intervención se realiza de forma ambulatoria bajo anestesia local y sedación. El objetivo principal será cerrar las roturas retinianas.

1. Fotocoagulación: Los desgarros producidos en la retina se aíslan cauterizando con un láser la zona afectada. Se realiza a través de la pupila y de forma ambulatoria.
2. Crioterapia: Consiste en la aplicación de frío intenso (-80ºC) alrededor de la zona del desgarro para sellar, fijar y asegurar la retina a la parte posterior del ojo.
3. Drenaje líquido subretiniano: Se extrae líquido acumulado para evitar la expansión del desgarro.
4. Retinopatía Neumática: Consiste en la inyección de una burbuja de gas en el espacio vítreo. El gas hace presión y recoloca la retina desprendida. Se suele asociar con láser o crioterapia para sellar la rotura. El gas se reabsorbe por sí solo.
5. Cirugía escleral: Colocación de una banda de silicona (explante) entorno a la esclera (capa más externa del ojo). De esta manera aproximamos la pared del globo ocular a la retina desprendida. Suele combinarse con Drenaje del líquido subretiniano. Asímismo, precisa asociación de láser o frío para sellar los desgarros.
6. Vitrectomía: Intervención quirúrgica basada en la extracción del humor vítreo, con el fin de liberar la tracción interna y dar elasticidad a la retina. A través de esta técnica, se logra colocar la retina en su posición original y con láser o crioterapia se fijan los bordes del desgarro. El vítreo se sustituye por gas o aceite de silicona que mantendrá la retina en contacto con la pared del globo ocular. Puede combinarse con cirugía escleral. Actualmente es la cirugía de elección.

Complicaciones postquirúrgicas

- Re-desprendimiento de retina.
- Hemorragia vítrea: Se produce en enfermos con gran fragilidad vascular.
- Catarata.

- Proliferación vítreo-retiniana.
- Endoftalmitis.
- Glaucoma, aumento de la presión intraocular (PIC).
- Cuidados postoperatorios.
- Ayudar a la recuperación de la anestesia, evaluación del estado fisiológico y control del dolor.
- Reposo relativo. Se recomienda no hacer movimientos bruscos con la cabeza y el cuerpo durante un par de semanas.
- El parche oclusivo se retirará a las 24 horas y es posible que el paciente sufra leve molestias como sensación de cuerpos extraños, picor, hinchazón de párpados, etc.
- Es importante seguir con disciplina y constancia el tratamiento médico. Asesorar sobre la instilación de colirios.
- Si en la cirugía se utilizó gas, el paciente evitará subir alturas mayores a 500 metros sobre el nivel del mar, y se le restringirán viajes en avión.
- En caso de utilizar gas o silicona: El paciente debe mantener una estricta postura boca abajo alrededor de 10 días para estabilizar la burbuja y compresión de la rotura.
- Enseñar a reconocer los signos de alarma (velos, cortinas, sombras, etc) y acudir rápidamente a la consulta.
- Explicar al paciente que después de la cirugía se recuperará visión de forma gradual. Debemos dar apoyo psicológico.

Conclusiones

El DRR continúa siendo una causa importante de baja visión y ceguera, sin embargo, si se diagnostica y trata oportunamente tiene buenas posibilidades de éxito.

Las complicaciones más importantes derivadas de la cirugía ocurren durante los primeros días del postoperatorio. Por tanto, los cuidados enfermeros por manos expertas sabiendo lo que hay que hacer en cada momento, beneficiarán al paciente en su recuperación.

La implicación de enfermería en la prevención y educación sanitaria a los familiares y pacientes operados hace que se reduzcan los riesgos y complicaciones.

Bibliografía

1. J. García- Arumi, V. Martínez- Castillo et al. Guías de tratamiento del desprendimiento de retina regmatógeno. Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología 2013.
2. Cano Reyes, J., & Infante Tavio, N., & González Guerrero, L., & Fernández Pérez, S., & Herrera Cutié, D. (2015). Desprendimiento de retina: una revisión bibliográfica necesaria. MEDISAN, 19 (1), 78-87.
3. Clarament, J. (2010). Desprendimiento de Retina. Rev. Med. Clin. Condes, 956-960.
4. Guías de Práctica Clínica de la SERV. Tratamiento del Desprendimiento de Retina Regmatógeno. 2010. Disponible en www.serv.es.

Capítulo 31

Avances en tratamiento de heridas crónicas. Plasma rico en plaquetas

Molina Torrecillas, Inmaculada

Vivar Lopez Bueno, Silvia

Mazuecos Araque, María del Pilar

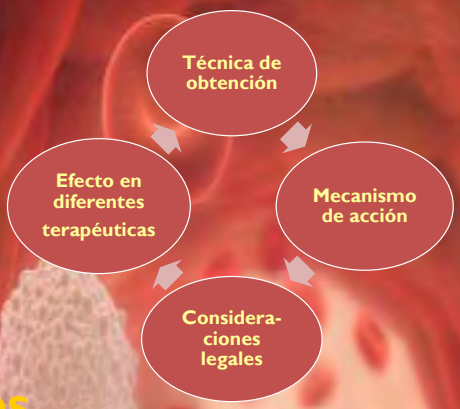
AVANCES EN TRATAMIENTO DE HERIDAS CRÓNICAS

PLASMA RICO EN PLAQUETAS

INTRODUCCIÓN

-El cierre de heridas crónicas supone una gran cantidad de cuidados por parte de enfermería
-Es necesario encontrar un método que reduzca el tiempo de curación, evite posibles complicaciones y que pueda realizarse con los recursos disponibles en cualquier medio sanitario.
-El plasma rico en plaquetas (PRP) se emplea para "desequilibrar la balanza" de la cronicidad, insertando un punto de inflexión en la evolución de la herida.
-El PRP permite usar los factores de crecimiento presentes de forma natural en las plaquetas del propio paciente para poder estimular la regeneración de estructuras de la piel.

OBJETIVOS



MATERIAL Y MÉTODOS

-TIPO DE ESTUDIO:
Se realiza una revisión bibliográfica de diferentes estudios publicados sobre el PRP
-CRITERIOS DE INCLUSION: Articulos publicados hasta octubre 2018.
Sin restricción de sexo, origen étnico o duración del seguimiento
-BASES DE DATOS:
Se revisa literatura reciente mediante diferentes bases de datos informáticas: Medline, PubMed, Scielo, Science Direct, BioMed Central, Google académico.
Tambien varias revistas científicas como Elsevier, Gerokomos, Revista Española de Cirugía Osteoarticular, Journal of Craniofacial Surgery, Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica; además de diferentes protocolos de varios hospitales, manuales, páginas web y una tesis doctoral.
-PALABRAS CLAVE:
La piel, Heridas Agudas, Heridas crónicas, Cicatrización de heridas, Curación de heridas, Plasma rico en plaquetas, factores de crecimiento.

RESULTADOS

TÉCNICA DE OBTENCIÓN



FRACCIONES DEL PRP



CONSIDERACIONES LEGALES

La AEMPS considera, que el PRP es un medicamento de uso humano que se puede utilizar al amparo del artículo 5 de la Directiva 2001/83/CE, de 6 de noviembre
Debe usarse bajo prescripción médica
La AEMPS ha establecido qué requisitos mínimos debe cumplir:

- *Garantías de Información*
- *Garantías de calidad*
- *Garantías de trazabilidad*
- *Garantías de farmacovigilancia*

MECANISMO DE ACCION DEL PRP

Las plaquetas actúan como vehículo portador de FC y otras proteínas contenidas en los gránulos alfa, los cuales serán concentrados y depositados en el lugar de la herida, acelerando y favoreciendo el proceso de reparación y regeneración

TGF-β
FGF-b
PDGF
VEGF +
CTGF
IEGF
CF

CITOQUINAS
QUIMIOQUINAS
PROTEINAS
ADHESIVAS

QUIMIOTAXIS
ANGIOGENESIS
PROLIFERACION
DIFERENCIACION
MEDIACION
INFLAMATORIA

UTILIDAD CLINICA DEL PRP



CONCLUSIONES

El PRP es un producto autólogo, atóxico y no inmunorreactivo.
Su uso es una práctica inocua, aunque existen empíricamente ciertos riesgos.
Existe una gran variabilidad en las técnicas de obtención.
En la gran mayoría de estudios se observa un efecto beneficioso, sin embargo hay otros que ponen entredicho la eficacia de este procedimiento.

POSIBLES CAUSAS DE DISCREPANCIAS:

1. No se realiza evaluación de los pacientes previa a la obtención del producto, y puede que la función plaquetaria de los mismos no sea adecuada
2. Diferencias en la concentración de factores de crecimiento según el método de obtención, ya que no existe un consenso para ello
3. En algunos estudios no se especifica si el Plasma rico en plaquetas es activado

Es necesaria una mayor investigación que pueda solventar todas los interrogantes que rodean su uso para poder así, estandarizar el método de obtención y el procedimiento, con el objetivo de conseguir resultados favorables

Resumen: *Las heridas crónicas suponen gran cantidad de cuidados. Es necesario encontrar un método que reduzca el tiempo de curación, evite complicaciones y pueda realizarse con recursos disponibles.*

El plasma rico en plaquetas se emplea para romper la balanza de la cronicidad.

Permite usar factores de crecimiento presentes en las plaquetas para estimular la regeneración de estructuras de la piel.

Existe discrepancia de su uso. Hay estudios que dicen no influir en la curación; sin embargo, en la gran mayoría se observa un efecto beneficioso, lográndose el cierre completo de heridas que estaban estancadas y no respondían a ningún tratamiento.

Palabras Clave: *Cicatrización de heridas; plasma rico en plaquetas; factores de crecimiento.*

Introducción

La herida aguda cicatriza por primera intención en una o dos semanas. Sin embargo, la herida crónica (HC) extiende su proceso de reparación por encima de 30 días. Ésta posee escasa capacidad para curarse de manera espontánea. Su lenta evolución alterará la calidad de vida del paciente y familiares.

Además, a nivel sanitario suponen un alto coste, en recursos humanos y materiales.

Casi todas las heridas infectadas, con hematomas, rechazo o dehiscencia de suturas necesitarán cuidados especiales.

Años atrás el cuidado de heridas se basaba principalmente en tratamientos de protección y en la actualidad se usan una gran variedad de apósitos y productos que se ponen en el lecho de la herida. Pero en algunos casos esto no es suficiente y nos podemos encontrar con numerosas heridas que no terminan de curar. El plasma rico en plaquetas (PRP) se emplea para intentar acabar con éste problema.

Objetivos

Estudio de PRP:

- Técnica de obtención.
- Mecanismo de acción.
- Consideraciones legales.
- Utilidad clínica.

Material y métodos

- Revisión bibliográfica en las bases de datos: Medline, PubMed, Scielo, ScienceDirect, BioMedCentral, Google académico.
- Revistas científicas: Elsevier, Gerokomos.
- Articulos publicados hasta octubre 2018. Sin restricción de sexo/origen étnico/duración del seguimiento.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Resultados

Técnica de obtencion

Existen diferentes protocolos. Algunos presentan dos centrifugados, otros solo uno y varían en los tiempos. Según la Sociedad Española De Farmacia Hospitalaria se puede obtener mediante kits desechables con "técnica cerrada" o de forma natural con "técnica abierta".

Cerrada: Extraer la sangre del paciente, disponerla en tubos aditivados y aptos para introducir en la centrifugadora; marcando velocidad y tiempo según el fabricante; extraer las fracciones según lo indicado y obtención de PRP.

Abierta: Se extrae la sangre y se recepciona en tubos estériles con citrato sódico al 3,8%. Se centrifuga a 3200 rpm durante 15 minutos y a continuación 1800 rpm durante 8minutos. Posteriormente, las fracciones obtenidas se separan mediante pipeteado.

Para tratar partes blandas, no es necesaria la activación previa, ya que se produce al contacto. Cuando se utiliza para la osteointegración de implantes, se activa con trombina o cloruro cálcico

Mecanismo de acción

Las plaquetas actúan como vehículo portador de FC los cuales serán concentrados y depositados en la herida, acelerando y favoreciendo el proceso de regeneración. Éstos junto con citoquinonas, quimioquinas y proteinas adhesivas favorecen la angiogénesis, proliferación, quimiotaxis, diferenciación y mediación inflamatoria.

Consideraciones legales

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios considera, el PRP como un medicamento de uso humano que se puede utilizar al amparo del artículo 5 de la Directiva 2001/83/CE, de 6 de noviembre. Requiere prescripción médica.

Utilidad clínica del PRP

Odontología/cirugía maxilofacial, cirugía plástica, traumatología/ortopedia, cirugía ocular, gastroenterología y HC.

Heridas crónicas

El PRP estimula la vascularización y formación del tejido conectivo. Actualmente existe cierta controversia; algunos autores dicen que no influyen en la curación; otros justifican lo contrario.

Tras aplicar PRP en heridas el porcentaje de cicatrizado es más alto, llegando incluso a evitar la amputación de un pie diabético.

Montón Echeverría et al. realizaron un estudio a 151 pacientes con HC que tras la aplicación de PRP y 70 de ellos asociados a la aposición de injertos, se produjo una reducción importante en el tiempo de curación.

En varios de estos casos, los fenómenos reparativos se encontraban ausentes o enlentecidos durante periodos prolongados de tiempo (23 años).

En un estudio realizado en 2015 se produjo la epitelización definitiva de HC en casi la totalidad de los casos, variando el tiempo según:

- Grado de la lesión.
- Existencia de infección.

- Región anatómica.
- Cantidad de PRP aplicado.

En otro estudio (2010) se pudo observar una mejoría del 36 % de los pacientes; así como una reducción de la pérdida de injerto (25 %).

En cuanto a la activación del PRP se comprobó que la adición de CaCl2 no activaba las plaquetas por si solo; sino que era necesario su uso junto con otros activadores. Ésta podría ser una de las causas de disparidad de resultados.

La falta de consenso sobre la composición y producción de PRP hace imposible el establecimiento de un estándar que integre todos los trabajos de investigación.

Conclusiones

- El PRP se define como un plasma con mayor cantidad de plaquetas que en sangre periférica. Su uso está cada vez más extendido en técnicas de regeneración/reparación en HC.
- Es un producto autólogo/atóxico/no inmunorreactivo que se obtiene de la sangre autógena. Disminuye el área de la lesión y aumenta el porcentaje de cicatrización.
- Existe gran variabilidad en las técnicas de obtención.
- En la mayoría de estudios se observa un efecto beneficioso, sin embargo, hay otros que ponen en entredicho su eficacia. Estas discrepancias podrían explicarse por diferencias en la concentración de FC según el método de obtención, ya que no existe consenso. Deberían realizarse ensayos clínicos conjuntos más profundos comparativos de los distintos sistemas empleados; con el fin de valorar el resultado final y establecer pautas generales. Por otro lado, es necesaria una evaluación del paciente previo a la obtención del plasma para analizar la función plaquetaria y garantizar un producto fiable.Además, en algunos estudios no se especifica si el PRP es activado. Todo esto puede influir en que sea más efectivo. En lo que sí parecen concordar la mayoría de estudios es en la mejora de cicatrización de tejidos blandos y mayor cohesividad en injertos.
- Es necesario realizar estudios experimentales en los que se incluya, la determinación y cuantificación para poder estandarizar el método de obtención y procedimiento.

Bibliografía

1. Pérez Vega FJ, Gutiérrez Vázquez MT, Lorenzo Peñuelas JR, Domínguez Bermúdez JF, Armario Hita JC, De Castro Maqueda G. Alternativa al cierre de heridas crónicas mediante injertos de Reverdin y factores de crecimiento en cirugia menos ambulatoria. Gerokomos. 2015.
2. Ballesteros Ubeda MV. Heridas crónicas. In Móstoles Hud, editor. Manual de protocolos y procediientos en el cuidado de las heridas.; 2011. p. 143-144.
3. S Dhillon R, M Schwarz E, D Maloney M. Platelet-rich plasma therapy - future or trend? BioMed Central. 2012 Agosto;(10.1186/ar3914).
4. Spani Vendramin F, Franco D, Romero Franco T. Utilização do plasma rico em plaquetas autólogo nas cirurgias de enxertos cutâneos em feridas crônicas. Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. 2010.

Capítulo 32

Avanzando en el conocimiento del protocolo de inmovilizacion terapéutica

Lucas Caballero, Marina

Laderas Diaz, Estíbaliz

Rodríguez Almagro, David

Jurado Zapata, Fátima

Acevedo Andújar, Desirée

AVANZANDO EN EL CONOCIMIENTO DEL PROTOCOLO DE INMOVILIZACIÓN TERAPÉUTICA

INTRODUCCIÓN

El uso de medidas de contención puede vulnerar algunos de los derechos fundamentales de la persona, y por eso, es necesario que las enfermeras reflexionen acerca de este problema con altas implicaciones éticas y que establezcan unos criterios de actuación respetuosos con los derechos inherentes a la persona, ya que se trata muchas veces de un procedimiento involuntario

OBJETIVO

Comprobar el grado de conocimiento que tienen los profesionales sanitarios del Hospital de Ciudad Real sobre el protocolo de inmovilización terapéutica.
Observar las necesidades de formación del personal sanitario.

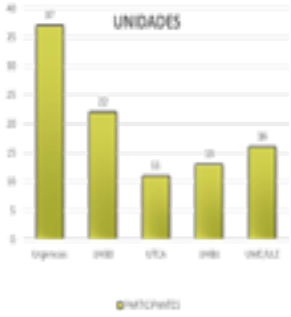
MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio observacional, descriptivo, transversal, sobre una muestra no probabilística, la cual ha sido desarrollado entre octubre 2018 y febrero 2019. Para la valoración de los conocimientos de los profesionales, se ha empleado un cuestionario ad-hoc elaborado por el equipo investigador tomando como base el protocolo de inmovilización terapéutica del SESCAM.

RESULTADOS



Se han planteado diferentes preguntas en relación a la inmovilización terapéutica, de esta manera podemos decir que el 70% de profesionales no sabe si el enfermero puede iniciar un procedimiento de contención, un 60,6% no saben si el médico tiene que estar presente en la contención mecánica, un 60,6% de profesionales no sabe si cuando un paciente está contenido debe tener o no la puerta de la habitación cerrada con llave, un 59% de profesionales no tiene claro quién debe revisar que la cama de contención este bien montada. Por otro lado podemos comprobar cómo un 93.9% saben que la contención mecánica debe aplicarse cuando el resto de medidas terapéuticas han fallado. Dentro de las situaciones vistas por los profesionales en 72,7% personas han visto o realizado la contención mecánica de 1 punto (ej. solo cintura, solo un pie), el 62,5% de profesionales han visto o han realizado la contención de un paciente más de 24h sin la administración de la heparina y el 67,8% de profesionales han visto o han realizado una contención sin material homologado (ej. vendajes, sábanas)



CONCLUSIONES

Los resultados sugieren la necesidad de implantar medidas de formación a nivel de todas las categorías sanitarias que han participado en el estudio. Destacando la siguiente pregunta; ¿Por qué abusamos de las contenciones? Aumentar campañas a favor de cero contenciones es lo que debemos realizar destacando la importante labor que tiene enfermería en esta iniciativa.

BIBLIOGRAFÍA

García Cabeza ME. Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario. Metas Enferm. 2014; 17(1):70-74 Instituto Joanna Briggs para los cuidados de salud basados en la evidencia. Sujecciones mecánicas. 1ª parte. Uso en unidades de agudos y residencias. Best Practice; 6 (3) Instituto Joanna Briggs para los cuidados de salud basados en la evidencia. Sujecciones mecánicas 2ª parte. Disminución del uso en unidades de agudos y residencias. Best Practice. 2007; 6 (3).
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. (Artículos 4,5,8,9)
Protocolo de inmovilización terapéutica del servicio de salud de Castilla La Mancha. SESCAM. 2016

Resumen: *Para comprobar el grado de conocimiento que tienen los profesionales sanitarios del Hospital de Ciudad Real sobre el protocolo de inmovilización terapéutica se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, transversal, sobre una muestra no probabilística, donde el total de participantes fue de 99 personas, de las cuales había 50 enfermeras, 36 auxiliares y 13 celadores.*

Se empleó un cuestionario ad-hoc elaborado por el equipo investigador tomando como base el protocolo de inmovilización terapéutica del SESCAM. Los resultados sugieren la necesidad de implantar medidas de formación a nivel de todas las categorías sanitarias que han participado en el estudio.

Palabras Clave: *Inmovilización; protocolo; conocimiento.*

Introducción

Podemos definir la contención mecánica como una terapia consistente en la supresión de toda posibilidad de movimiento de una parte o la totalidad móvil del organismo utilizada en la agitación psicomotora o en la falta de control de impulsos. Pero cualquier intervención ha de basarse en el respeto a la persona, la libertad de movimientos, la seguridad y la salud que hemos de considerar en todo momento. Saber cómo las enfermeras debemos de actuar con pacientes que tengan riesgo de auto y heterolesión, es fundamental para el procedimiento de la misma. No hay que olvidar, que el uso de medidas de contención puede vulnerar algunos de los derechos fundamentales de la persona, y por eso, es necesario que las enfermeras reflexionen acerca de este problema con altas implicaciones éticas y que establezcan unos criterios de actuación respetuosos con los derechos inherentes a la persona.

Objetivos

- Comprobar el grado de conocimiento que tienen los profesionales sanitarios del Hospital de Ciudad Real sobre el protocolo de inmovilización terapéutica.
- Observar las necesidades de formación para habilitar herramientas que garantice la buena praxis en los casos en los que se tenga que aplicar la inmovilización terapéutica.
- Reducir el número de inmovilizaciones terapéuticas y realizar las mismas con las máximas garantías de seguridad para los pacientes.

Material y métodos

Se ha llevado a cabo un estudio observacional, descriptivo, transversal, sobre una muestra no probabilística, en cual ha sido desarrollado entre octubre 2018 y febrero 2019.

Para la valoración de los conocimientos de los profesionales, se ha empleado un cuestionario ad-hoc elaborado por el equipo investigador tomando como base el protocolo de inmovilización terapéutica del SESCAM.

La variable independiente será el grado de conocimiento que tiene el profesional sanitario sobre el protocolo del Hospital de Ciudad Real sobre la inmovilización terapéutica.

El cuestionario consta de 26 preguntas cerradas que deben responderse seleccionando una de las tres opciones disponibles. Los 26 ítems se agrupan en 3 variables:

ISBN: 978-84-949197-6-3

- Conocimientos referidos al responsable de la contención y materiales que se utilizan
- Conocimientos referidos a los cuidados del paciente contenido.
- Conocimientos referidos a las técnicas en colocación de medidas de contención mecánica

También se describen una serie de ítems con situaciones que el profesional debe marcar si las ha visto o realizado en su unidad.

Desarrollo

Los datos se recogerán en una hoja excel, que posteriormente se exportarán para su análisis al programa SPSS. En dicha base de datos no se incluirán los datos personales (los participantes serán codificados y los datos estarán disociados para garantizar la confidencialidad). A la base de datos solo tendrán acceso los Investigadores del estudio y estará custodiada bajo clave.

El total de participantes ha sido de 99 personas, de las cuales había 50 enfermeras, 36 auxiliares y 13 celadores.

Respecto a la participación por unidades, 37 personas pertenecen al servicio de urgencias, 22 a la unidad de hospitalización breve, 16 a la UME, 13 a Ia unidad de infanto juvenil y 11 a la UTCA.

De todos ellos un 36,4 % tenían entre 6-10 años de tiempo trabajado en este tipo de unidades y un 26,3 % tenían más de 10 años de tiempo trabajado en estas unidades.

Del total de la muestra recogida un 52,5 % tenía formación previa en psiquiatría y salud mental.

Se han planteado diferentes preguntas en relación a la inmovilización terapéutica, de esta manera podemos decir que el 70 % de profesionales no sabe si el enfermero puede iniciar un procedimiento de contención, un 60,6 % no saben si el médico tiene que estar presente en la contención mecánica, un 60,6 % de profesionales no sabe si cuando un paciente está contenido debe tener o no la puerta de la habitación cerrada con llave, un 59 % de profesionales no tiene claro quién debe revisar que la cama de contención este bien montada.

Existe grandes dudas acerca de si las contenciones pueden estar puesta y que el paciente duerma encima o si las contenciones pueden o no dejarse pautadas.

Por otro lado podemos comprobar cómo un 93,9 % saben que la contención mecánica debe aplicarse cuando el resto de medidas terapéuticas han fallado.

Conclusiones

En definitiva los resultados sugieren la necesidad de implantar medidas de formación a nivel de todas las categorías sanitarias que han participado en el estudio, en las cuales tenemos que incidir en datos tan importantes como es quien puede iniciar la contención mecánica, quien la debe firmar, quien la puede retirar, como debe estar el paciente, por otro lado debemos plantearnos que si realmente casi el total de la muestra saben cuándo debe aplicarse la contención. Aumentar campañas a favor de cero contenciones es lo que debemos realizar destacando la importante labor que tiene enfermería en esta iniciativa.

Bibliografía:

1. Instituto Joanna Briggs para los cuidados de salud basados en la evidencia. Sujecciones mecánicas. 1ª parte. Uso en unidades de agudos y residencias. Best Practice; 6 (3).
2. 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. (Artículos 4,5,8,9).
3. Protocolo de inmovilización terapéutica del servicio de salud de Castilla La Mancha. SESCAM. 2016.

Capítulo 33

Baño envuelto

Cabezali Lozano, Ana María

Torres Gallego-Casilda, Consolación

Rubio Ocaña, Sergio

García-Carvigón Jaime

Miguela; Núñez Múgica, Ana

Muñoz Correas, Ana Belén

Resumen: *Por tradición los recién nacidos incluyendo los prematuros se bañaban con esponja, con el tiempo y estudios, se ha visto que el baño diario de esta forma tiene más riesgo de infección al modificar la flora cutánea del niño, además de las consecuencias en FC, TAM, saturación, repercutiendo en el nivel de estrés del niño. Por esto es necesario establecer protocolos que incluyan medidas en este tipo de pacientes, el baño envuelto es un tipo de baño que ha demostrado que no aumenta el nerviosismo ni hay variación en las constantes del prematuro al mantener una contención permanente.*

Palabras Clave: *Infant stress cues; tub bathing; swaddle bathing.*

Conclusiones

Se han demostrado los siguientes beneficios al realizar el baño envuelto:

- Reducción en la variación de temperatura y otros parámetros (FC, TAM y saturación).
- Los bebés permanecen en sueño ligero / semi dormitando o despierto duarnte la técnica, manteniendo un silencio estado de alerta.
- Disipan la reducción del estrés conductual, es decir, ausencia de extremidades extendidas, arcos dorsales con los dedos extendidos saludando a través de la cara, hipo, alboroto y llanto.
- Por todo ello se debería considerar como alternativa al baño tradicional con esponja.

Bibliografía

1. Als H. Toward a synactive theory of development: Promise for the assessment and support of infant individuality. Infant Mental Health J 1982; 3(4): 229-43.
2. Als H. Manual for the Naturalistic Observation of Newborn Behaviour (preterm and fullterm) Boston, MA. The Children's Hospital. 1984.
3. Peters K.L. Bathing premature infants: physiological and behavioural consequences. Am J Crit Care 1998; 7(2): 90-100.
4. Cole J.G., Brisstte N.J., Lundardi B. Tub baths or sponge baths for the newborn infants? Mother Baby J 1999; 4(3): 39-43.
5. Hicks C. The randomised controlled trial: a critique. Nurse Researcher 1998; 6(1):19-31.
6. Neu M., Browne J.V. Infant physiologic and behavioral organization during swaddling versus unswaddled weighing. J Perinatol 1997; 17(3): 193-98.

Capítulo 34

Beneficia a los familiares la institucionalización de las personas mayores

Gregorio Ropero, María Dolores

Jiménez Serrano, Rebeca

Rodríguez López, María Luisa

Cabañas Linares, Javier

¿BENEFICIA A LOS FAMILIARES LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES?

Introducción

La situación de la población actual ha cambiado notablemente en los últimos tiempos. Actualmente, debido a diversos factores como la incorporación al mundo laboral de la mujer, es complicado hacerse cargo de nuestros familiares en situación de dependencia.

Existe mucha reticencia tanto en familiares como en los propios mayores a la hora de pensar en un ingreso en residencia.

El miedo a lo desconocido y el sentimiento de abandono, así como las ideas culturales que los mayores poseen, hace que presenten sentimientos de negatividad a la hora de ingresar en una residencia.

Con el presente estudio pretendemos averiguar si la institucionalización es beneficiosa para los familiares.

Objetivos

- Analizar el beneficio que supone la institucionalización entre los familiares de residentes.
- Ser conocedores de los niveles de satisfacción entre los familiares en diferentes áreas como son la salud, el área social y familiar.

Muestra y método

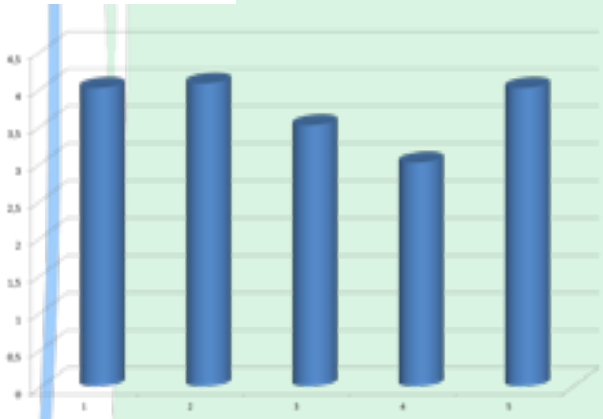
Estudio observacional descriptivo transversal

Muestra: 110 familiares de residentes institucionalizados hace más de 6 meses.

Recogida de datos: Mediante una encuesta anónima y confidencial auto-administrada que constaba de 5 preguntas tipo Likert (5 respuestas posibles).

Análisis de datos: se utilizó estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes.

Resultados



1.-¿Su vida ha cambiado positivamente desde que su familiar está en una residencia?
2.-¿Tiene usted más tiempo libre?
3.- ¿Su vida social ha mejorado?
4.-¿Se siente anímicamente mejor desde la institucionalización?
5.- ¿Nota que su salud ha mejorado desde entonces?



Conclusión

- Como conclusión obtenemos que la institucionalización de personas mayores dependientes mejora la calidad de vida de sus familiares, al tener más tiempo libre para dedicarse a ellos mismos. Anímicamente se encuentran bien y su estado de salud es mejor, pues no tienen que dedicar la mayor parte del tiempo al cuidado de la persona mayor.

BIBLIOGRAFÍA

- M.A. Suárez Cuba. "*Identificación y herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y cuidador informal.*" 2011.
- Escala Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria

Resumen: *La situación de la población actual ha cambiado notablemente en los últimos tiempos. Actualmente, debido a diversos factores como la incorporación al mundo laboral de la mujer, es complicado hacerse cargo de nuestros familiares en situación de dependencia.*

Existe reticencia tanto en familiares como en los propios mayores, el miedo a lo desconocido y el sentimiento de abandono, así como las ideas culturales que los mayores poseen, hace que presenten sentimientos de negatividad a la hora de ingresar en una residencia.

Con el presente estudio pretendemos averiguar si la institucionalización es beneficiosa y los niveles de satisfacción existentes entre familiares

Palabras Clave: *Institucionalización; personas mayores; cuidador familiar.*

Material y métodos

Se trata de un estudio observacional descriptivo transversal, donde se ha tomado una muestra de 110 familiares de residentes institucionalizados con una estancia de más de 6 meses, en dos residencias públicas de Castilla La Mancha.

La recogida de datos se realizó mediante una encuesta anónima y confidencial auto-administrada que constaba de 5 preguntas tipo Likert con 5 respuestas posibles.

Las preguntas fueron las siguientes:

1. ¿Su vida ha cambiado positivamente desde que su familiar está en una residencia?
2. ¿Tiene usted más tiempo libre?
3. ¿Su vida social ha mejorado?
4. ¿Se siente anímicamente mejor desde la institucionalización?
5. ¿Nota que su salud ha mejorado desde entonces?

Para el análisis de datos se utilizó una estadística descriptiva, con polígonos de frecuencias y porcentajes.

Resultados y conclusiones

Después del análisis de datos, obtuvimos como resultado que la institucionalización de personas mayores dependientes mejora la calidad de vida de sus familiares, al tener más tiempo libre para dedicarse a sus actividades sociales y de ocio.

Observamos en este estudio que hay una notable mejoría del estado de ánimo y la percepción de su estado de salud ha mejorado, puesto que no perciben tanta sobrecarga, como cuando eran cuidadores principales.

Bibliografía

1. M.A. Suárez Cuba. “Identificación y herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y cuidador informal.” 2011.
2. Escala Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en Atención Primaria.

Capítulo 35

Beneficio del método canguro en el recién nacido prematuro en la unidad neonatal

Muñoz Rodríguez, Ana

Rojas Rodríguez, Miriam

Díaz Gallego, Cesar

López Ruiz, Cecilia María

Moreno Quesada, María Esther

Rodríguez Jimenez, Patricia

Beneficio del método canguro en el recién nacido prematuro en la unidad neonatal



Ana Muñoz Rodríguez , Miriam Rojas Rodríguez, Cesar Díaz Gallego, Cecilia María López Ruiz, María Esther Moreno Quesada, Patricia Rodríguez Jiménez

INTRODUCCIÓN

•El método canguro en una intervención de cuidados multifacética basada en la evidencia y dirigida a recién nacidos prematuros, consiste en sacar de la incubadora al recién nacido y ponerlo al pecho de la madre o padre. A través de este contacto piel con piel sustituiremos a la incubadora en función de aportar calor y protección,

•Existen estudios que demuestran que con el método canguro sustituyendo a la incubadora podremos proporcionar estímulos positivos para su desarrollo neurológico minimizando estrés y dolor en el prematuro, además de una menor perdida de calor corporal y mejor regulación tanto del las respiraciones como del la frecuencia cardiaca.

OBJETIVOS

• actualizar nuestros conocimientos en cuanto a conceptos y el uso del método canguro para su aplicación en el recién nacido prematuro

• saber realizar dicha técnica de forma correcta

• conocer los beneficios que la realización de este método aporta al recién nacido prematuro

•Enseñar a los padres dicha técnica e intentar cualquier duda que pueda surgirles durante la realización de dicha intervención

MÉTODO

Este documento está basado en una revisión bibliográfica del tema en cuestión. Para su realización se han empleado como herramienta de búsqueda las bases de datos: DIALNET, MEDLINE, SCIELO, MEDLINE y Google Académico.

Las palabras clave introducidas en las bases de datos han sido: método canguro, desarrollo neurológico, neonato pretérmino, maternidad, neonato prematuro, lactancia materna, dolor, estrés, incubadora; tanto en inglés como en español. Limitando esta búsqueda con el empleo de los operadores lógicos: AND, OR y NOT y excluyendo los documentos que hacían referencia a otros miembros del personal sanitario como (médicos…). A continuación, se seleccionaron los artículos que podrían responder a los objetivos del documento tras su lectura y se extrajo la información necesaria.

Las referencias de los datos bibliográficos se han mencionado según las normas Vancouver.

RESULTADOS

Estudios revelan que los recién nacidos que practican el método canguro, mientras que están sometidos a métodos invasivos, manifiestan poca o ninguna respuesta al dolor y presentan una mejor calidad del sueño y mayor duración del mismo, así como disminución del estrés mejorando así su estado hemodinámico. Estimula la lactancia materna y el apego y restablecimiento del vinculo afectivo.

CONCLUSIONES

En definitiva con la relación de este trabajo se ha demostrado que se pueden y se deben mejorar los cuidados neonatales, en concreto, el método canguro ya que se aplica en menos ocasiones a pesar de que se han demostrado grandes beneficios científicamente.
La manera mas importante de promover el método canguro debería ser con la enseñanza de dicha técnica a padres y madres explicándoles en que consiste, técnicas a realizar y los beneficios que puede aportar al recién nacido prematuro.

REFERENCIAS

•Charpack N, Figueroa N (Fundacioncanguro). Método madre canguro, guía de manejo. 19 May 2015 [Citado el 20 de marzo del 2019].

•Arivabene JC, Rubio Tyrrell MA. Método madre canguro: vivencias maternas y contribuciones para la enfermería. Abril 2010 [Citado el 25 de marzo del 2019].

•Valle Torres E, Amant Giménez MA. Método canguro y lactancia materna en una UCI neonatal. Desenvolupament infantil i atenció precoç: revista de l'Associació catalana d'atenció precoç, 33 (1), 2012. [Citado el 223 de marzo del 2019]

Resumen: *El Método Madre Canguro es una intervención de cuidados, multifacética, basada en la evidencia y dirigida a los RNPT o BPN, con el fin de que madre e hijo se vean beneficiados.*

Se centra principalmente en la madre como fuente de calor, nutrición, estimulación y confort para el bebé, contando con el apoyo de los profesionales, que identifican a los padres como primeros proveedores de los cuidados para satisfacer las necesidades físicas y emocionales de su hijo.

Este método canguro va a tener una gran influencia en el desarrollo del bebé a diferentes niveles.

Palabras Clave: *Prematuro; desarrollo; lactancia.*

Planteamiento de la temática

En la actualidad, entre un 8-10% de todos los niños nacidos vivos en los países desarrollados, nacen antes de las 37 semanas de gestación, considerándolos como niños prematuros. El nacer antes de cumplirse las 37 semanas, significa que el cerebro, y en general, todo el cuerpo del neonato prematuro no está preparado para enfrentarse al medio extrauterino.

Estos bebés nacen con una inmadurez en sus órganos y sistemas (respiración, control de la temperatura,…) por lo que sobrevivir, para ellos, es más difícil a causa de infecciones o lesiones, por imposibilidad de mantener su temperatura corporal dentro de los límites adecuados o por otras causas derivadas de su delicado estado de salud, siendo un tercio los que no sobreviven al primer año de vida. Por otro lado los que sobreviven pueden desarrollar parálisis cerebral, problemas visuales, sordera, trastornos mentales o enfermedades físicas y neurológicas

De esta manera, se introduce una nueva filosofía del cuidado del recién nacido prematuro, basada en la mejora del neurodesarrollo con una atención más cálida, humana, que cubre las necesidades del recién nacido prematuro, ya que pasan periodos bastante largos en las Unidades neonatales (UCIN), donde están expuestos a un medio muy diferente al del útero.

Nace con la idea de que padres y madres participen en el cuidado de sus bebes durante la estancia hospitalaria.

Análisis reflexivo

El Método Madre Canguro es una intervención de cuidados, multifacética, basada en la evidencia y dirigida a los RNPT o BPN, con el fin de que madre e hijo se vean beneficiados.

Aporta un cuidado racional y científico, promoviendo una asistencia de cuidados neonatales más humanizada, basada en el contacto piel con piel, lo más precoz, continuo y prolongado posible, estimulando la lactancia materna, el apego y restablecimiento del vínculo afectivo.

Se centra principalmente en la madre como fuente de calor, nutrición, estimulación y confort para el bebé, contando con el apoyo de los profesionales, que identifican a los padres como primeros proveedores de los cuidados para satisfacer las necesidades físicas y emocionales de su hijo. Se inicia tan pronto como se haya adaptado a la vida extrauterina y se continúa en casa al alta.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Consiste en sacar de la incubadora a tu bebé recién nacido y ponerlo al pecho de la madre o padre. A través de este contacto piel con piel se consigue sustituir a la incubadora en su función de aportar calor y protección, pero además con el método canguro aportamos al bebé estímulos positivos para su desarrollo cerebral, minimizamos el estrés .

La posición correcta es colocar al bebé sujeto con una faja o tela, con la cabeza hacia un lado y extendida para abrir la vía aérea correctamente, su cuerpo en posición vertical entre los pechos de la madre y las extremidades flexionadas, en posición “rana”. Se debe explicar a la madre que esta posición estimula la producción de leche y puede amamantarlo en MMC o extraerse leche. Se debe evitar que el proceso dure menos de una hora, para disminuir el estrés del bebé debido a los cambios, aumentando cada vez más su duración, hasta que sea lo más continuo posible. Los cuidadores deben vigilar la temperatura corporal del bebé (36.5-37ºC), observar la respiración y bienestar (30-60 rpm y períodos de apnea inferiores a 20 segundos).

Este método contribuye a poner en marcha sus mecanismos neurobiológicos y a mejorar sus respuestas adaptativas, además acelera la maduración del cerebro.

A nivel neurologico el bebé que está en contacto con su madre regula mejor el estrés y se adapta mejor al medio y a los estímulos externos, incluso se ha comprobado que el método canguro ayuda a los prematuros a tolerar mejor el dolor de las intervenciones médicas, un estudio revela que los recién nacidos que practicaron MMC mientras que estaban siendo sometidos a procedimientos invasivos tales como la punción en el talón o inyecciones, manifestaron poca o ninguna respuesta al dolor, mientras que los recién nacidos que no practicaron MMC durante el procedimiento manifestaron llanto.

Por otro lado comprobaron que los bebés del método canguro se habían recuperado del dolor al minuto y medio, mientras que los de incubadora tardaron el doble, tres minutos.

No olvidemos que el dolor produce un estrés añadido al bebé prematuro que repercute en su recuperación, así que en la medida en que pueda evitarse o minimizarse, bienvenido sea.

Además, uno de los estudios afirmo que los recién nacidos prematuros que practicaron el MMC nada más nacer experimentaron una mejor calidad de sueño y una mayor duración de este, que los niños que habían permanecido desde el momento de su nacimiento en la cuna.

También se observa influencia en el sistema motor, tales como posturas más flexionadas y menos extendidas en estos niños.

También priduce mejoras a nivel emocional, ya que el bebé encuentra en su madre su hábitat natural, donde encuentra refugio y comida. El contacto piel con piel es vital para el pequeño. Le proporciona seguridad, tranquilidad y favorece el vínculo emocional del niño con su madre/padre, lo cual repercute en su desarrollo.

Conclusión

En definitiva, con la realización de este trabajo se demuestra que se pueden y se deben mejorar los cuidados neonatales, en concreto el MMC, ya que se aplica en menos ocasiones en comparación con otras Unidades, a pesar de sus grandes beneficios demostrados científicamente, siendo uno de ellos la influencia en el desarrollo del estado neurológico del bebé.

Bibliografía

1. Rellán-Rodríguez S, García C, Aragón MP. El recién nacido prematuro. Protocolos de la Asociación Española de Pediatría. AEP. 2ed. Madrid; 2008. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf Acceso Febrero 2016.
2. Cloherty JP, Eichenwald EC, Stark AR. Manual de neonatología. 6ed. Barcelona: Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p.78 -94. 3.
3. Pallás CR, Arriaga M. Nuevos aspectos en torno a la prematuridad. Madrid: Evid. Pediatra.; 2008.Disponible en: http://archivos.evidenciasenpediatria.es/DetalleArticulo/_LLP3k9qgzIh7aNQBiadwmXmOYZUtzeuovdV0fxp_5QaAmCTWhPMcf49I9IPLntFg Acceso Marzo 2016.
4. Aguilar MJ. Tratado de enfermería infantil: cuidados de pediatría. Madrid: Elsevier; 2003. p. 25-34. 5.
5. Pérez E, Ros R, Mimón I, López VC. Protocolo del manejo de oxígeno y saturación en recién nacido prematuro. Enferm. Integral; 2011. P.37-40. 6.

Capítulo 36

Beneficios de la lactancia materna

Bermejo Cruz, Sara

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

El cese de la lactancia materna (LM) puede darse involuntariamente (por ejemplo por motivos fisiológicos) o voluntariamente. Es importante que las madres que rechazan dar el pecho voluntariamente tengan una amplia información sobre los beneficios de la lactancia, para que, de esta manera, puedan tomar la decisión "con pleno conocimiento de causa".

OBJETIVO

Identificar los beneficios de la LM, tanto para el bebé como para la madre.

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), beneficios (benefits), lactante (infant) y madre (mother).

Beneficios inmediatos

LM
- Oxitocina --> Involución uterina --> Previene hemorragias postparto
- Amenorrea
  - Mantiene reservas de hierro
  - Mejora la absorción de minerales --> Impide que disminuya la densidad ósea

Beneficios a largo plazo

- Se crea un vínculo especial madre-hijo.
- Aumenta el bienestar y la satisfacción de la madre --> previene la depresión postparto.
- Disminuye el riesgo de padecer cáncer ginecológico (el incremento del amamantamiento supondría la prevención de 20.000 muertes anuales por cáncer de mama).
- Ayuda al crecimiento y desarrollo del bebé, mejora la inmunidad y previene la respuesta alérgica.
- Reduce hasta en un 73% los casos de SMSL.
- Reduce hasta en un 59% el riesgo de sufrir epilepsia en la infancia.
- Mejor funcionamiento pulmonar a los 10 años.
- Previene el 10% de casos de trastorno de conducta a los 5 años.
- Incrementa 3'8 puntos el coeficiente intelectual, lo que podría suponer un mayor nivel de estudios y por tanto un incremento de los ingresos económicos en la edad adulta.

CONCLUSIONES

Vemos entonces que la LM tiene beneficios en todos los aspectos de salud. Por este motivo resulta crucial utilizar todos los recursos que sean necesarios para la promoción de la LM. Reforzar los conocimientos de la madre en este ámbito tendrá numerosas repercusiones positivas presentes y futuras, ya que si conseguimos que la madre lleve a cabo una buena técnica para amamantar al bebé, mejorará la salud de ambos.

Resumen: *Son innumerables los beneficios que la lactancia materna aporta al bebé y a la madre. Algunos son muy conocidos, pero otros también muy importantes pasan desapercibidos. Con esta búsqueda bibliográfica se pretende ahondar en todos ellos, para mejorar el conocimiento del equipo de enfermería y que éste pueda transmitirlos a las madres cuando vayan a tomar la decisión de si amamantar o no a su bebé.*

Palabras Clave: *lactancia; materna; beneficios.*

Introducción

El cese de la lactancia materna (LM) puede darse involuntariamente (por ejemplo por motivos fisiológicos) o voluntariamente. Es importante que las madres que rechazan dar el pecho voluntariamente tengan una amplia información sobre los beneficios de la lactancia, para que, de esta manera, puedan tomar la decisión "con pleno conocimiento de causa".

Objetivo

Identificar los beneficios de la LM, tanto para el bebé como para la madre.

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), beneficios (benefits), lactante (infant) y madre (mother).

Resultados

Como *beneficios inmediatos*, justo después del parto, si el bebé se pone a mamar al producir la segregación de oxitocina en la madre, aligera el proceso de involución uterina y por tanto previene las hemorragias postparto. Además, la amenorrea que en ocasiones se produce durante el amamantamiento permite que la mujer mantenga las reservas de hierro. Aparte del hierro, la absorción de muchos minerales mejora consiguiendo así que la densidad ósea no disminuya.

Como *beneficios a largo plazo*, tenemos que:

- Se crea un vínculo especial madre-hijo.
- Aumenta el bienestar y la satisfacción de la madre (y por tanto previene la depresión postparto).
- Disminuye el riesgo de padecer cáncer ginecológico (el incremento del amamantamiento supondría la prevención de 20.000 muertes anuales por cáncer de mama).
- Ayuda al crecimiento y desarrollo del bebé, mejora la inmunidad y previene la respuesta alérgica.
- Reduce hasta en un 73% los casos de SMSL.
- Reduce hasta en un 59% el riesgo de sufrir epilepsia en la infancia.

ISBN: 978-84-949197-6-3

- Mejor funcionamiento pulmonar a los 10 años.
- Previene el 10% de casos de trastorno de conducta a los 5 años.
- Incrementa 3’8 puntos el coeficiente intelectual, lo que podría suponer un mayor nivel de estudios y por tanto un incremento de los ingresos económicos en la edad adulta.

Conclusiones

Vemos entonces que la LM tiene beneficios en todos los aspectos de salud. Por este motivo resulta crucial utilizar todos los recursos que sean necesarios para la promoción de la LM. Reforzar los conocimientos de la madre en este ámbito tendrá numerosas repercusiones positivas presentes y futuras, ya que si conseguimos que la madre lleve a cabo una buena técnica para amamantar al bebé, mejorará la salud de ambos.

Bibliografía

1. Victora CG, Bahl R, Barros A. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. The Lancet. 2016; vol. 387: 475-490.
2. Juanes de Toledo B, Ruiz-Canela Cáceres J. La alimentación con lactancia materna podría reducir los costes al prevenir enfermedades, ingresos, y muertes con una óptima cobertura. Evid. Pediatr. 2010; 6: 36.
3. Perdikidis Olivieri L, Martín Muñoz P. La lactancia materna se asocia con un menor número de trastornos de la conducta en la infancia. Evid. Pediatr. 2012; 8: 5.
4. Llerena Santa Cruz E, Pérez Gaxiola G. La lactancia materna puede disminuir el riesgo de problemas de salud mental. Evid. Pediatr. 2010; 6: 39.
5. Andrés de Llano JM, Ochoa Sangrador C. La lactancia materna prolongada se asocia a mayor inteligencia, educación e ingresos a los 30 años. Evid. Pediatr. 2015; 11: 47.

Capítulo 37

Beneficios del vendaje neuromuscular en parálisis cerebral infantil desde la fisioterapia

Acosta López, Alexandra

Simón Sierra, Juan José

Cortés Pérez, Irene

BENEFICIOS DEL VENDAJE NEUROMUSCULAR EN PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL DESDE LA FISIOTERAPIA

INTRODUCCIÓN

La Parálisis Cerebral Infantil (PCI) es una enfermedad neurológica no progresiva, que se produce en un cerebro inmaduro, y es una de las causas más comunes de discapacidad en niños. Afecta a todo el desarrollo del niño.

Vendaje neuromuscular (VNM), Kinesiotaping o taping neuromuscular es una técnica no invasiva, complementaria, cuya función es actuar como una segunda piel para estimular las estructuras subcutáneas.

OBJETIVO

Determinar los beneficios del vendaje neuromuscular en PCI

METODOLOGÍA



Paralisis Cerebral Infantil
Vendaje Neuromuscular
Taping
Eficacia

Child brain paralysis
Neuromuscular bandage
Taping
Effectiveness

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

2010-2019
exclusivo taping en PCI
cualquier tipo de estudio
PCI generalizada

RESULTADOS

- Favorece la mecánica ventilatoria, mayor expulsión de secreciones y mayor fuerza al toser.
- Mejora el patrón postural: cabeza, cuello, estabiliza pelvis, posición del pie y brazo, funcionalidad de la mano y de las extremidades inferiores espásticas.
- Equilibra la musculatura, reduciendo la espasticidad y aumentando el tono.
- Reduce parestesias y edemas.
- Optimiza la amplitud articular.
- Alivia el dolor.
- Disminuyen los episodios de estreñimiento.
- Reduce la sialorrea, fortaleciendo el músculo y asistiendo la elevación laríngea.
- Favorece el control motor.
- Adecúa la motricidad fina, disminuyendo espasticidad y mejorando propiciocepción y funcionalidad del miembro superior.
- Mejora la cinética de la marcha: estabilidad y fuerzas de apoyo, frenado, despegue y oscilación del pie.
- En pie equino moderado mejora la espasticidad y amplitud articular en flexión dorsal.
- No produce independencia funcional.
- No corrige el genu recurvatum.

CONCLUSIÓN

El vendaje neuromuscular actúa de manera eficaz en diferentes áreas de niños con parálisis cerebral, siendo este un complemento unido a técnicas convencionales, como Bobath o hidroterapia entre otras, para integrar el proceso rehabilitador, aumentar la independencia de las Actividaes Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y mejorar su calidad de vida. Es importante saber que los efectos beneficiosos de esta técnica no perduran tras la retirada del mismo.

Se requiere más investigación en el área de fisioterapia respiratoria, a nivel del control motor y en motricidad gruesa puesto que existe poca evidencia científica.

Resumen: *La parálisis cerebral infantil (PCI) es una enfermedad neurológica en la que se utilizan varias técnicas de tratamiento como es el vendaje neuromuscular(VNM).El objetivo del estudio es determinar los beneficios del VNM en PCI. Se realizó una revisión bibliográfica en bases como Pubmed, Scielo, Cochrane y ScienceDirect de los últimos 9 años. Los beneficios encontrados abarcan las siguientes áreas: respiratorio, digestivo, sensorial, motricidad gruesa y fina, propioceptiva, postural y muscular. El VNM actúa de manera beneficiosa para integrar el proceso rehabilitador, aumentar la independencia de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y mejorar la calidad de vida.*

Palabras Clave: *Cerebral Palsy; Kinesiotape; Therapeutics.*

Introducción

La Parálisis Cerebral Infantil (PCI) es una enfermedad neurológica no progresiva, que se produce en un cerebro inmaduro, y es una de las causas más comunes de discapacidad en niños. Como consecuencia, se producen alteraciones posturales y de integración sensorial debido a problemas con el tono muscular, el equilibrio, trastornos de la coordinación y debilidad muscular. Todo ello influye sobre la funcionalidad motora del niño y de su independencia. También pueden verse asociadas alteraciones cognitivas, de comportamiento, de la sensibilidad, epilepsia y problemas de percepción, problemas audiovisuales, incontinencia urinaria y estreñimiento, que conducen a restricciones en su capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

El vendaje neuromuscular (VNM), Kinesiotaping o taping neuromuscular es una técnica no invasiva, complementaria, cuya función es actuar como una segunda piel para estimular las estructuras subcutáneas. Esta técnica utiliza un esparadrapo elástico para influir sobre los músculos, las articulaciones, el sistema nervioso y optimiza la circulación linfática y sanguínea. De este modo se recupera la capacidad de auto-regeneración del cuerpo. Puede ser aplicado con diferentes técnicas, dependiendo del tipo de tejido sobre el que se aplique y de los efectos que se quieran conseguir sobre él.

Objetivo

Determinar los beneficios del vendaje neuromuscular en PCI.

Material y métodos

Para la selección de los artículos se realizó una búsqueda en las bases Pubmed, Cochrane, Scielo y ScienceDirect, además, se utilizaron unos criterios de inclusión específicos como que el año de realización se comprendiera entre el 2010 y el 2019, los idiomas seleccionados fueron el español y el inglés, que el tema estuviera solamente relacionado con el taping en PCI, se aceptaría cualquier tipo de estudio y cualquier tipo de PCI.

Se definieron diferentes áreas donde actúa el taping, como: respiratoria, digestiva, sensorial, motricidad gruesa, motricidad fina, propioceptiva, postural y muscular.

Resultados

Los resultados fueron mayormente positivos encontrándose dos negativos. Dichos beneficios y desventajas son:

ISBN: 978-84-949197-6-3

- Favorece la mecánica ventilatoria, mayor expulsión de secreciones y mayor fuerza al toser.
- Mejora el patrón postural: cabeza, cuello, estabiliza pelvis, posición del pie y brazo, funcionalidad de la mano y de las extremidades inferiores espásticas.
- Equilibra la musculatura, reduciendo la espasticidad y aumentando el tono.
- Reduce parestesias y edemas.
- Optimiza la amplitud articular.
- Alivia el dolor.
- Disminuyen los episodios de estreñimiento.
- Reduce la sialorrea, fortaleciendo el músculo y asistiendo la elevación laríngea.
- Favorece el control motor.
- Adecúa la motricidad fina, disminuyendo espasticidad y mejorando propiciocepción y funcionalidad del miembro superior.
- Mejora la cinética de la marcha: estabilidad y fuerzas de apoyo, frenado, despegue y oscilación del pie.
- En pie equino moderado mejora la espasticidad y amplitud articular en flexión dorsal.
- No produce independencia funcional.
- No corrige el genu recurvatum.

Un dato importante al que hacen referencia varios artículos, es que los beneficios del vendaje neuromuscular no perdura una vez retirado dicho vendaje, por lo que sería necesario volver a colocarlo con la técnica correspondiente si pretendemos mantener los efectos ya que estos pacientes necesitan mucho tiempo de rehabilitación, y sus mejorías son a largo plazo en la mayoría de los casos.

En conclusión el vendaje neuromuscular actúa de manera eficaz en diferentes áreas de niños con parálisis cerebral, siendo este un complemento unido a técnicas convencionales, como Bobath o hidroterapia entre otras, para integrar el proceso rehabilitador, aumentar la independencia de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y mejorar su calidad de vida. Es importante saber que los efectos beneficiosos de esta técnica no perduran tras la retirada del mismo. Se requiere más investigación en el área de fisioterapia respiratoria, a nivel del control motor y en motricidad gruesa puesto que existe poca evidencia científica.

Bibliografía

1. Unger M, Carstens JP, Fernandes N, Pretorius R, Pronk S, Robinson AC, Scheepers K.The efficacy of kinesiology taping for improving gross motor function in children with cerebral palsy: A systematic review.S Afr J Physiother.2018;74(1): 459.
2. Ortiz Ramírez J, Pérez de la Cruz S. Efectos terapéuticos del vendaje neuromuscular en parálisis cerebral infantil: una revisión sistemática. Arch Argent Pediatr 2017;115(6):e356-e561.
3. Yasukawa A, Patel P, Sisung C. Pilot study: Investigating the effects of Kinesio Taping in an acute pediatric rehabilitation setting. Am J Occup Ther. 2006;60(1):104–10.

Capítulo 38

Berlin Heart, un puente hacia el trasplante: a propósito de un caso

Chacón Chacón, Laura

Garrido Anguita, Silvia

Carrero Ruiz, Carmen

Cubero Luna, Ana María

BERLIN HEART, un puente hacia el trasplante: a propósito de un caso.

Introducción

Los dispositivos mecánicos de soporte circulatorio (DMSC) son la opción terapéutica de elección para el manejo de los pacientes con fallo cardiaco grave refractario a fármacos, ya que permiten sostener artificialmente la circulación, normalizando la distribución de oxígeno y nutrientes a los tejidos hasta que se pueda realizar un trasplante cardiaco. Actualmente, el Berlin Heart EXCOR® es el único dispositivo disponible para proporcionar apoyo a largo plazo para los niños pequeños que esperan un trasplante cardíaco. La implantación de este tipo de dispositivos es una técnica relativamente novedosa ya que el primer Berlin se implantó en el año 2006, en el hospital de La Paz de Madrid y que además está muy limitada ya que son sólo cinco los hospitales que ofrecen este programa en su cartera de servicios. Por último, añadir que el uso de este tipo de dispositivos está indicado fundamentalmente en las miocardiopatías dilatadas, siendo más amplia la experiencia en este tipo de patología, no siendo así con la miocardiopatía restrictiva donde el uso del Berlin es muchísimo más limitado.

Observación Clínica

1.- Anamnesis:

Niño de 21 meses de edad, actualmente en lista de espera para trasplante cardiaco por miocardiopatía restrictiva idiopática, que ingresa de forma programada en UCIP tras la implantación de asistencia biventricular mediante dispositivo Berlin Heart EXCOR® por cirugía cardiovascular. Buen estado general. No antecedentes familiares de interés. NAMC. Correctamente vacunado

2.- Exploración:

Buen funcionamiento dispositivo Berlin Heart EXCOR®. Punto de inserción de las cánulas del dispositivo algo sangrantes. Edematoso. TA: 124/57. Bien perfundido. Sin perfusiones de drogas vasoactivas. Intubado y conectado a ventilación mecánica en el momento del ingreso. SpO2 100%. Pupilas reactivas y mióticas.

3.- Jucio Clínico:

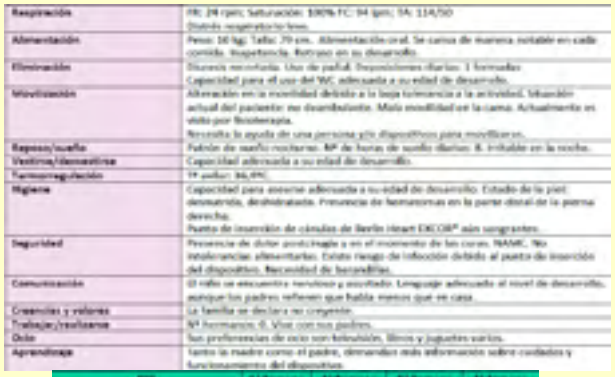
- Implantación de Berlin Heart EXCOR® como puente al trasplante por miocardiopatía restrictiva idiopática.

4.- Evolución:

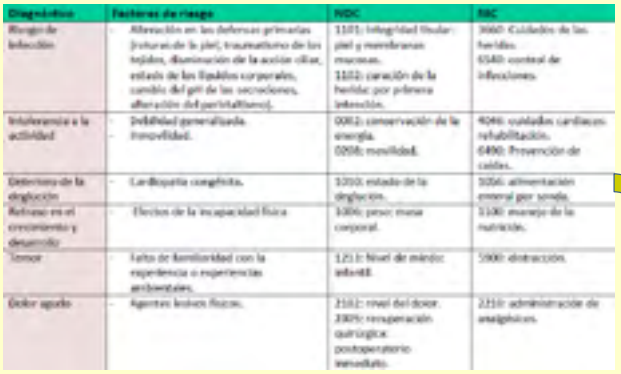
Tras la implantación del dispositivo BERLIN HEART EXCOR, el paciente permanecerá ingresado en UCIP hasta que se realice el trasplante cardiaco. Actualmente continúa ingresado y está incluido en lista de espera. HD.- Hemodinamicamente estable con un buen funcionamiento del dispositivo. Correcto llenado y vaciado de las bombas. RENAL.-Diuresis recortada en un principio que se soluciona mediante perfusión de furosemida que posteriormente pasará a administrarse a intervalos y a través de la vía oral. INFECC.- Infección en los puntos de inserción de las cánulas que remite con antibioticoterapia y curas según protocolo. Afebril. NEUR.- Despierto y orientado. HEMAT.- Ausencia de coágulos de fibrina en las cánulas. Perfusión de heparina sódica profiláctica. DIGEST.- Continua con nutrición enteral (NE) con buena tolerancia, se intenta dar algunas tomas por boca pero se cansa enseguida, por lo que se decide continuar con NE. OTROS.- Terapia rehabilitadora de lunes a viernes.

Plan de cuidados enfermero

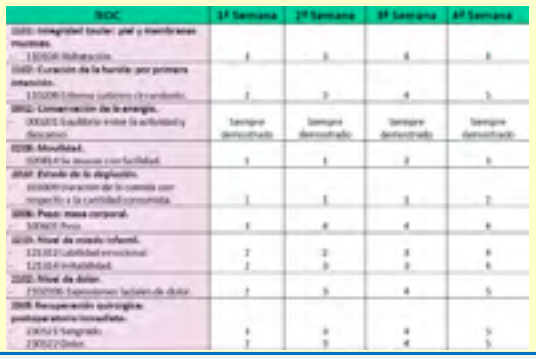
1.- VALORACIÓN



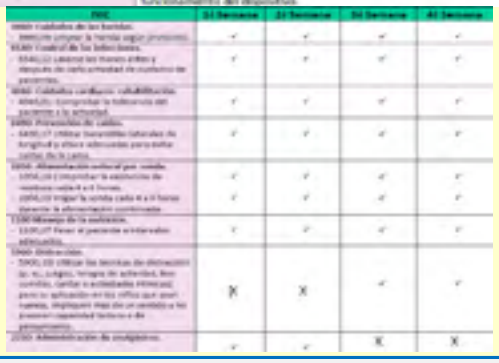
2.- DIAGNÓSTICOS



3.- RESULTADOS



4.- INTERVENCIONES



Discusión

El uso del dispositivo Berlin Heart EXCOR en un paciente pediátrico como puente al trasplante cardiaco puede ser un proceso que se demore mucho en el tiempo y que además conlleva una gran cantidad de cuidados. Es por esto que tanto el número de diagnósticos enfermeros posibles, como los NOC y NIC puede llegar a ser muy amplio. En este trabajo, los autores hemos querido desarrollar únicamente los diagnósticos que a nuestro modo de ver son los más significativos. Nos gustaría mencionar algunos diagnósticos que no hemos desarrollado en el plan de cuidados pero que si nos parecen importantes, tales como el Riesgo del cansancio del rol del cuidador, en este caso motivado por dos factores importantes, por un lado, el largo proceso al que se ve sometido el paciente y por otro, su corta edad que lo convierte en un gran demandante de cuidados. El riesgo de caídas y el riesgo del deterioro de la integridad cutánea, ambos a causa de la inmovilidad del niño producida por su debilidad generalizada. Y por último si queríamos aclarar el por qué de elegir el diagnóstico temor en vez del diagnóstico ansiedad, que es el que normalmente va asociado a la hospitalización pediátrica. En nuestro caso, el niño claramente sentía miedo cada vez que cualquier miembro del equipo entraba en su box que manifestaba agarrando a su madre, evitándonos la mirada, cara de preocupación, desconfianza… algo que con el tiempo se ha ido disminuyendo pero que todavía no ha desaparecido del todo.

Conclusiones

Cada año aumenta el número de pacientes pediátricos en lista de trasplante cardiaco. La mortalidad en lista de trasplante cardiaco es alta, los tiempos de espera son largos y las opciones de asistir artificialmente a un corazón pediátrico son limitadas comparadas con las del adulto. Teniendo en cuenta que el Berlin Heart EXCOR® es el único dispositivo disponible para proporcionar apoyo a largo plazo para los niños pequeños que esperan un trasplante cardíaco es importante recalcar la importancia de contribuir a la mejora del manejo de la asistencia ventricular pediátrica.

Resumen: *Los dispositivos mecánicos de soporte circulatorio (DMSC) son la opción terapéutica de elección para el manejo de los pacientes con fallo cardiaco grave refractario a fármacos, ya que permiten sostener artificialmente la circulación, normalizando la distribución de oxígeno y nutrientes a los tejidos hasta que se pueda realizar un trasplante cardiaco. Actualmente, el Berlin Heart EXCOR® es el único dispositivo disponible para proporcionar apoyo a largo plazo para los niños pequeños que esperan un trasplante cardíaco. La implantación de este tipo de dispositivos es una técnica relativamente novedosa ya que el primer Berlin se implantó en el año 2006.*

Palabras Clave: *Corazón auxiliar; Pediatría; Trasplante.*

Anamnesis

Niño de 21 meses de edad, actualmente en lista de espera para trasplante cardíaco por miocardiopatía restrictiva idiopática, que ingresa de forma programada en UCIP tras la implantación de asistencia biventricular mediante dispositivo Berlin Heart EXCOR® por cirugía cardiovascular. Buen estado general. No antecedentes familiares de interés. NAMC. Correctamente vacunado

Exploración

Buen funcionamiento dispositivo Berlin Heart EXCOR®. Punto de inserción de las cánulas del dispositivo algo sangrantes. Edematoso. TA: 124/57. Bien perfundido. Sin perfusiones de drogas vasoactivas. Intubado y conectado a ventilación mecánica en el momento del ingreso. SpO2 100%. Pupilas reactivas y mióticas.

Juicio Clínico

Implantación de Berlin Heart EXCOR® como puente al trasplante por miocardiopatía restrictiva idiopática.

Evolución

Tras la implantación del dispositivo BERLIN HEART EXCOR, el paciente permanecerá ingresado en UCIP hasta que se realice el trasplante cardíaco. Actualmente continúa ingresado y está incluido en lista de espera. HD.- Hemodinamicamente estable con un buen funcionamiento del dispositivo. Correcto llenado y vaciado de las bombas. RENAL.-Diuresis recortada en un principio que se soluciona mediante perfusión de furosemida que posteriormente pasará a administrarse a intervalos y a través de la vía oral. INFECC.- Infección en los puntos de inserción de las cánulas que remite con antibioticoterapia y curas según protocolo. Afebril. NEUR.- Despierto y orientado. HEMAT.- Ausencia de coágulos de fibrina en las cánulas. Perfusión de heparina sódica profiláctica. DIGEST.- Continua con nutrición enteral (NE) con buena tolerancia, se intenta dar algunas tomas por boca pero se cansa enseguida, por lo que se decide continuar con NE. OTROS.- Terapia rehabilitadora de lunes a viernes.

Valoración

- ***Respiración:*** FR: 24 rpm; Saturación: 100% FC: 94 lpm; TA: 114/50. Distrés respiratorio leve.

ISBN: 978-84-949197-6-3

- ***Alimentación:*** Peso: 10 kg; Talla: 79 cm. Alimentación oral. Se cansa de manera notable en cada comida. Inapetencia. Retraso en su desarrollo.
- ***Eliminación:*** Diuresis recortada. Uso de pañal. Deposiciones diarias: 1 formadas. Capacidad para el uso del WC adecuada a su edad de desarrollo.
- ***Movilización:*** Alteración en la movilidad debido a la baja tolerancia a la actividad. Situación actual del paciente: no deambulante. Mala movilidad en la cama. Actualmente es visto por fisioterapia. Necesita la ayuda de una persona y/o dispositivos para movilizarse.
- ***Reposo/sueño:*** Patrón de sueño nocturno. Nº de horas de sueño diarias: 8. Irritable en la noche.
- ***Vestirse/desvestirse:*** Capacidad adecuada a su edad de desarrollo.
- ***Termorregulación:*** Tª axilar: 36,4ºC.
- ***Higiene:*** Capacidad para asearse adecuada a su edad de desarrollo. Estado de la piel: desnutrida, deshidratada. Presencia de hematomas en la parte distal de la pierna derecha. Punto de inserción de cánulas de Berlin Heart EXCOR® aún sangrantes.
- ***Seguridad:*** Presencia de dolor postcirugía y en el momento de las curas. NAMC. No intolerancias alimentarias. Existe riesgo de infección debido al punto de inserción del dispositivo. Necesidad de barandillas.
- ***Comunicación:*** El niño se encuentra nervioso y asustado. Lenguaje adecuado al nivel de desarrollo, aunque los padres refieren que habla menos que en casa.
- ***Creencias y valores:*** La familia se declara no creyente.
- ***Trabajar/realizarse:*** Nº hermanos: 0. Vive con sus padres.
- ***Ocio:*** Sus preferencias de ocio son televisión, libros y juguetes varios.
- ***Aprendizaje:*** Tanto la madre como el padre, demandan más información sobre cuidados y funcionamiento del dispositivo.

Diagnósticos de enfermería

Riesgo de infección:

Factores relacionado: Alteración en las defensas primarias (roturas de la piel, traumatismo de los tejidos, disminución de la acción ciliar, estasis de los líquidos corporales, cambio del pH de las secreciones, alteración del peristaltismo).

NOC 1101: Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

1102: Curación de la herida: por primera intención.

NIC 3660: Cuidados de las heridas.

6540: Control de infecciones.

Intolerancia a la actividad:

Factores relacionados: Debilidad generalizada. Inmovilidad.

NOC 0002: Conservación de la energía.

0208: Movilidad.

NIC 4046: Cuidados cardiacos: rehabilitación.

6490: Prevención de caídas.

Deterioro de la deglución:

Factores relacionados: Cardiopatía congénita.

NOC 1010: Estado de la deglución.

NIC 1056: Alimentación enteral por sonda.

Dolor agudo:

Factores relacionados: Agentes lesivos físicos.

NOC 2102: Nivel del dolor.

2305: Recuperación quirúrgica: postoperatorio inmediato.

NIC 2210: Administración de analgésicos.

Discusión

El uso del dispositivo Berlin Heart EXCOR en un paciente pediátrico como puente al trasplante cardiaco puede ser un proceso que se demore mucho en el tiempo y que además conlleva una gran cantidad de cuidados. Es por esto que tanto el número de diagnósticos enfermeros posibles, como los NOC y NIC puede llegar a ser muy amplio. En este trabajo, los autores hemos querido desarrollar únicamente los diagnósticos que a nuestro modo de ver son los más significativos. Nos gustaría mencionar algunos diagnósticos que no hemos desarrollado en el plan de cuidados pero que si nos parecen importantes, tales como el Riesgo del cansancio del rol del cuidador, en este caso motivado por dos factores importantes, por un lado, el largo proceso al que se ve sometido el paciente y por otro, su corta edad que lo convierte en un gran demandante de cuidados. El riesgo de caídas y el riesgo del deterioro de la integridad cutánea, ambos a causa de la inmovilidad del niño producida por su debilidad generalizada.

Conclusión

Teniendo en cuenta que el Berlin Heart EXCOR® es el único dispositivo disponible para proporcionar apoyo a largo plazo para los niños pequeños que esperan un trasplante cardíaco es importante recalcar la importancia de contribuir a la mejora del manejo de la asistencia ventricular pediátrica

Bibliografía

1. Menéndez JJ, Asistencia Ventricular, An Pediatr Contin. 2012; 10(4): 222-7.
2. López L, Soporte Ventricular mecánico en el paciente pediátrico, Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2013; 21 (1): 30-34.
3. Sánchez De Toledo J, Balcells J, Asistencia ventricular pediátrica: una realidad asistencial con un futuro alentador, An Pediatr (Barc). 2012 76(3): 117-119.
4. Cabo J, et al., Asistencia ventricular y trasplante cardiaco en las cardiopatías congénitas, Cir. Cardiov. 2011; 18(3); 189-98.

Capítulo 39

Bilirrubinómetro vs extracción sanguínea

Gimenez de los Galanes Cejudo, Gema María

Pacheco Salgado, José Miguel

Gutiérrez Castillejo, Mª Sagrario

Navarro Serrano, Lucía

BILIRRUBINOMETRO VS EXTRACCION SANGUINEA

INTRODUCCION:

La ictericia neonatal es un proceso fisiológico secundario a inmadurez hepática y aumento de producción de bilirrubina indirecta es un concepto clínico que se aplica a la coloración amarilla de piel y mucosas y que se observa cuando la bilirrubina sobrepasa la cifra de 5 mg/dl.
Entre 60-70% de neonatos a término, 80% en prematuros muestran clínicamente ictericia en los primeros días de vida. La hiperbilirrubinemia representa la causa más común de reingreso hospitalario en la primera semana de vida.
Hiperbilirrubinemia es un concepto bioquímico que indica una cifra de bilirrubina plasmática superior a la normalidad.
Cuando los niveles de bilirrubina se incrementan de manera progresiva y alcanzan niveles muy altos existe el riesgo de que atraviese la barrera hematoencefálica y provoquen daño cerebral, sobre todo en ganglios basales con consiguientes secuelas en desarrollo neurológico.
Se desconoce en forma exacta los niveles de bilirrubina tóxicos para el SNC. Siempre se habían aceptado valores de 20 mg/dl o superior para RNT sano pero revisiones recientes han sugerido que 25 mg/dl.
Los factores de riesgo son la lactancia materna, la prematuridad, la incompatibilidad sanguínea (ABO o Rh), la infección, el cefalohematoma, la asfixia, el déficit glucosa-6-fosfato deshidrogenasa y las variantes genéticas que afectan a la actividad glucoronil-transferasa 4.
El tratamiento inicial es la fototerapia pero cuando los niveles son muy altos o no disminuyen se precede a la exanguinotransfusión.
En la actualidad se recomienda la cuantificación transcutánea de bilirrubina mediante bilirrubinómetro, método no invasivo que ayuda a tomar la decisión de medir niveles en sangre para determinar si requiere tratamiento o no.

OBJETIVO

Con este estudio se pretende conocer la fiabilidad de los valores de bilirrubina obtenida mediante bilirrubinometro transcutaneo DRAGUER JM-105 con el fin de evitar punciones capilares o venosas a los neonatos.



VS



PACIENTES Y METODO

Se llevo a cabo un estudio descriptivo realizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital General Universitario de Ciudad Real, que cuenta con 24 puestos distribuidos en 4 unidades: 6 incubadoras en uci neonatal, 2 camas en uci pediátrica, 8 cunas/ incubadoras en cuidados medios y 8 cunas /incubadoras en cuidados minimos

Se recogieron muestras de neonatos durante un periodo de 3 meses desde octubre 2018 hasta diciembre 2018

CRITERIOS DE INCLUSION

Neonato ingresado en Uci Neonatal al que se le iba a practicar puncion capilar para realizar gases en gasometro que tenemos en la unidad (RADIOMETER ABL 90 FLEX),por posible hiperbilirrubinemia

Además se incluyeron otros neonatos a los que se le iba a practicar extracción capilar por otros motivos

CRITERIOS DE EXCLUSION

Rn menores de 24 semanas, no haber recibido transfusiones (7), no tener mas de 12 dias de vida, no tener diagnostico de incompatibilidad ABO O RH

Tabla 1

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
PESO	42	930	4060	2961,62	760,400
DIAS_VIDA	42	1	9	3,31	2,113
BR_SANGRE	42	3,00	28,50	13,4071	5,18315
BR_TRASCUTANEO	42	1,10	18,00	9,9714	3,77083
HEMATOCRITO	42	42,30	75,90	58,7571	7,24000
N válido (según lista)	42				

Tabla 2

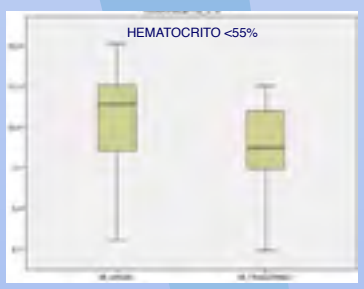
Estadísticos de grupo

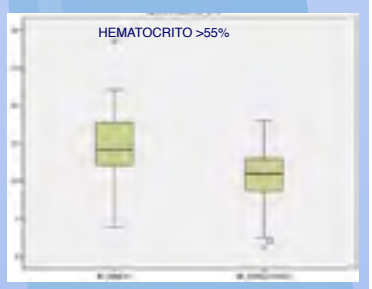
	HEMATOCRITO_1	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
BR_SANGRE	<55%	11	10,172	3,82233	1,15247
	>55%	31	14,554	5,16222	0,92716
BR_TRASCUTANEO	<55%	11	8,6727	3,13531	0,94533
	>55%	31	10,432	3,91385	0,70295

RESULTADOS

Prueba de muestras relacionadas

	N	Media	Desviación Tipica	Correlacion	IC 95% para la diferencia	t	p
Bilirrubina en Sangre y Bilirrubina Trascutanea con Hematocrito <55%	11	1,50000	1,87883	0,872	,23779; 2,76221	2,648	0,024
Bilirrubina en sangre y Bilirrubina Trascutanea con Hematocrito > 55%	31	4,12258	2,61058	0,870	3,16501; 5,08015	8,793	0,000





DISCUSION Y CONCLUSIONES

La mayor utilidad de la medida de la bilirrubina transcutanea no radica en que nos proporcionen estimaciones precisas de bilirrubina serica, sino que nos permite identificar neonatos con niveles altos de bilirrubina sin necesidad de realizar una punción venosa o capilar .
Segun nuestro estudio llegamos a la conclusión que es necesario realizar conjuntamente un estudio mediante bilirrubinometro transcutaneo y estimación visual (evaluación subjetiva), antes de realizar una extracción sanguínea invasiva, debido a que hemos podido observar que a mayor porcentaje de hematocrito existe una menor correlación entre la bilirrubina serica y la transcutanea

BIBLIOGRAFIA

1.Argenis Rebollar-Rangel J, Escobedo-Torres P, Flores-Nava G. Etiología de ictericia neonatal en niños ingresados para tratamiento con fototerapia. Revista Mexicana de Pediatría. 2017; 84 (3): 88-91.
2.Sánchez-Redondo MD, Leante Castellanos JL, Benavente Fernández I, Pérez Muñuzuri A, Rite Gracia S, Ruiz Campillo CW, Sanz López E, Sánchez Luna M. Recomendaciones para la prevención, la detección y el manejo de la hiperbilirrubinemia en los recién nacidos con 35 o más semanas de edad gestacional. Anales de Pediatría. 2017; 87 (5): 294.e1-294. E8
3.Rodríguez Miguélez J, Figueras Aloy J. Ictericia neonatal. Protocolos diagnóstico terapeuticos de la AEP: neonatología. 2008; 38: 372-383.
4.Castaño Picó MJ, Sánchez Maciá M. Bilirrubinemia neonatal: revisión de la situación actual. Revista Científica de Enfermería. 2011; 2:1-11.
5.Campo González A, Alonso Uría RM, Amador Morán R, Ballesté López I. Comparación de dos métodos diagnósticos de ictericia neonatal. Revista cubana de Pediatría,2012; 84 (1) http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312012000100007&script=sci_arttext&tlng=pt
6.Jiménez-Peña B, Miguel Gómez MA, Acosta-García JM, Fernández-Guzmán MP. Detección no invasiva de hiperbilirrubinemia: evaluación clínica y bilirrubina transcutánea con bilirrubina sérica. Rev sanid milit mex. 2010; 64 (2):54-60.
7.manual de usuario del Bilirrubinometros trasmutando Draguer JM-105 **MU24929** RI00 – GA 6016.196 es © Dräger Medical GmbH Edición/Edition: 1 – 2013-03
8.Correlacion entre bilirrubina trascutaneaclinica y serica en neonatos ictericias del Hospital Hipolito Unanue de Tacna durante el año 2015 TESIS de Bach. Xiomara Silvia Coaguila Quisspe Universidad Nacional Jorge Basadme Grohmann- tacna

Resumen: *Se realizó un estudio descriptivo en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital General de Ciudad Real para conocer la fiabilidad de los valores de bilirrubina obtenidos mediante bilirrubinómetro transcutáneo DRAGUER JM-105 en neonatos mayores de 24 semanas y un máximo de doce días de vida y no tener diagnóstico de incompatibilidad ABO o Rh.*

Palabras Clave: *Bilirrubina d001663; fototerapia d010789; ictericia d007565.*

Introducción

La ictericia neonatal es un proceso fisiológico secundario a inmadurez hepática y aumento de producción de bilirrubina indirecta, es un concepto clínico que se aplica a la coloración amarilla de la piel y mucosas y que se observa cuando la bilirrubina sobrepasa la cifra de 5 mg/dl.

Entre 60-70% de neonatos a término, 80% en prematuros muestran clínicamente ictericia en los primeros días de vida. La hiperbilirrubinemia representa la causa más común de reingreso hospitalario en la primera semana de vida.

Hiperbilirrubinemia es un concepto bioquímico que indica una cifra de bilirrubina plasmática superior a la normalidad.

Cuando los niveles de bilirrubina se incrementan de manera progresiva y alcanzan niveles muy altos existe el riesgo de que atraviese la barrera hematoencefálica y provoquen daño cerebral, sobre todo en ganglios basales con consiguientes secuelas en el desarrollo neurológico.

Se desconoce en forma exacta los niveles de bilirrubina tóxicos para el SNC. Siempre se habían aceptado valores de 20 mg/dl o superior para recién nacido a término sano, pero revisiones recientes han sugerido que 25 mg/dl.

Los factores de riesgo son la lactancia materna, la prematuridad, la incompatibilidad sanguínea (ABO o Rh), la infección, el cafalohematoma, la asfixia, el déficit glucosa-6-fosfato deshidrogenasa y las variantes genéticas que afectan a la actividad glucoronil-transferasa 4.

El tratamiento inicial es la fototerapia pero cuando los niveles son muy altos o no disminuyen se procede a la exanguinotransfusión.

En la actualidad se recomienda la cuantificación transcutánea de bilirrubina mediante bilirrubinómetro, método no invasivo que ayuda a tomar la decisión de medir niveles en sangre para determinar si requieren tratamiento o no.

Objetivo

Con este estudio se pretende conocer la fiabilidad de los valores de bilirrubina obtenida mediante bilirrubinómetro trascutáneo DRAGUER JM-105 con el fin de evitar punciones capilares o venosas a los neonatos.

Pacientes y métodos

Criterios de inclusión:

- Neonato ingresado en UCI Neonatal que se le iba a practicar punción capilar para realizar gases en el gasómetro que tenemos en la unidad (RADIOMETER ABL 90 FLEX) por posible hiperbilirrubinemia.

ISBN: 978-84-949197-6-3

- Además se incluyeron otros neonatos a los que se le iba a practicar extracción capilar por otros motivos.

Criterios de exclusión: Recién nacidos menores de 24 semanas, haber recibido transfusiones, tener mas de 12 días de vida y tener diagnóstico de incompatibilidad ABO o Rh.

Se llevó a cabo un estudio descriptivo realizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital General de Ciudad Real, que cuenta con 24 puestos distribuidos en 4 unidades: 6 incubadoras en uci neonatal, 2 camas en uci pediátrica, 8 cunas/incubadoras en cuidados medios y 8 cunas/incubadoras en cuidados mínimos.

Se recogieron muestras de neonatos durante un período de 3 meses desde Octubre de 2018 hasta Diciembre de 2018.

Resultados

- Bilirrubina en sangre y bilirrubina transcutánea con hematocrito menor a 55%.
- N 11. Media 1.50000. Desviación típica 1.87883. Correlación 0.872. IC 95% para la diferencia 2.3779;2076221. t 2.648. p 0.024
- Bilirrubina en sangre y bilirrubina transcutánea con hematocrito mayor a 55%.
- N 31. Media 4.12258. Desviación típica 2.61058. Correlación 0.870. IC 95% para la diferencia 3.16501;5.08015. t 8.793. p 0.000

Discusión y conclusiones

La mayor utilidad de la medida de la bilirrubina transcutánea no radica en que nos proporcionen estimaciones precisas de bilirrubina sérica, sino que nos permite identificar neonatos con niveles altos de bilirrubina sin necesidad de realizar una punción venosa o capilar.

Según nuestro estudio llegamos a la conclusión que es necesario realizar conjuntamente un estudio mediante bilirrubinómetro transcutáneo y estimación visual (evaluación subjetiva), antes de realizar una extracción sanguínea invasiva, debido a que hemos podido observar que a mayor porcentaje de hematocrito existe una menor correlación entre la bilirrubina sérica y la transcutánea.

Bibliografía

1. Argenis Rebollar-Rangel J, Escobedo-Torres P, Flores-Nava G. Etiología de ictericia neonatal en niños ingresados para tratamiento con fototerapia. Revista Mexicana de Pediatría. 2017; 84 (3): 88-91.
2. Sánchez-Redondo MD, Leante Castellanos JL, Benavente Férnandez I, Pérez Muñuzuri A, Rite Gracia S, Ruiz Campillo CW, Sanz López E, Sánchez Luna M. Recomendaciones para la prevención, la detección y el manejo de la hiperbilirrubinemia en los recién nacidos con 35 o más semanas de edad gestacional. Anales de Pediatría. 2017; 87 (5): 294.el-294. E8.
3. Rodríguez Miguélez J, Figueras Aloy J, Ictericia neonatal. Protocolos diagnósticos terapeúticos de la AEP: neonatología. 2008; 38: 372-383.
4. Castaño Picó MJ, Sánchez Maciá M. Bilirrubinemia neonatal:revisión de la situación actual. Revista Científica de Enfermería. 2011, 2:1-11.
5. Campo González A, Alonso Uría RM, Amador Morán R, Ballesté López I. Comparación de dos métodos diagnósticos de ictericia neonatal. Revista cubana de Pediatría. 2012; 84 (1) http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312012000100007&script=sci_arttext&tlng=pt.

Capítulo 40

Bronquiolitis en el lactante. A propósito de un caso clínico

Moreno Sánchez, Rocío

Martínez Castillo, José David

Moreno Sánchez, María Ángeles

BRONQUIOLITIS EN EL LACTANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Autores: Moreno Sánchez R, Martínez Castillo JD, Moreno Sánchez MA.

INTRODUCCIÓN

- La **bronquiolitis** es la infección de las vías respiratorias inferiores más frecuente en menores de un año y constituye una de las principales causas de hospitalización y de carga asistencial en este grupo de edad.
- El **virus respiratorio sincitial (VRS)** es el causante del 55-75% de los casos, si bien, puede ser producida por rinovirus, bocavirus, adenovirus y con menor frecuencia, por los virus de influenza y parainfluenza. Existe evidencia de que la coinfección entre dos o más microorganismos origina una presentación de la enfermedad más severa.
- Presenta una distribución estacional, con aumento de la incidencia durante los meses de invierno, siendo habitual la aparición de brotes epidémicos cada uno o dos años.
- La **clínica** viene precedida por la afectación del tracto respiratorio superior, con rinorrea, congestión nasal y tos. Tras un periodo de unos cuatro días, dará lugar a dificultad respiratoria taquipnea, sibilancias, crepitantes, un empeoramiento de la tos e irritabilidad. La duración varía en función de la edad, la presencia de complicaciones, el agente causal y los factores de riesgo.
- El **diagnóstico** es fundamentalmente clínico, basándose en la exploración física (auscultación pulmonar y signos de dificultad respiratoria) y en la anamnesis (edad menor de 6 semanas, prematuridad o enfermedades de base). La radiografía de tórax y la analítica puede ayudar en el diagnóstico, pero no se recomienda su utilización de forma sistemática.
- Las **principales complicaciones** son la deshidratación, la sobreinfección, la insuficiencia respiratoria y la apnea.

OBSERVACIÓN CLÍNICA



PRESENTACIÓN DEL CASO:

Lactante (PPG) de 11 meses remitido desde el Servicio de Urgencias a la planta de Pediatría Hospital de referencia. Se realiza ingreso hospitalario ya que presenta dificultad respiratoria de 24h de evolución, en aumento. A su llegada a urgencias presenta 39ºC, con síndrome febril de cinco días de evolución. Además, presenta vómitos, diarrea, debilidad y signos de decaimiento.

OTROS DATOS DE INTERÉS:

-Calendario vacunal completo (incluyendo Prevenar y Rotateq)
-Ingreso en marzo de 2018 con un mes por Enterocolitis aguda por Rotavirus. Ingreso en noviembre de 2018 por invaginación íleo-ileal. Ingreso en diciembre de 2018 por bronquiolitis aguda VRS+
-Diagnóstico cuatro días antes: OMA (Otitis Media Aguda) izquierda con tratamiento con Amoxicilina 80mg/kg/día.
-Hábito tabáquico en ambos progenitores.

EXPLORACIÓN FÍSICA Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

-Lactante consciente. Coloración pálida de piel y de mucosas.
-Auscultación cardiaca: No soplos ni ruidos patológicos.
-Auscultación pulmonar: Hipoventilación generalizada, roncus y crepitates diseminados. Sibilancias Tiraje intercostal con disociación toracoabdominal y aleteo nasal.
-Abdomen: Blando y depresible. No masas ni megalias.
-RX de tórax: Se visualiza atrapamiento aéreo bilateral, refuerzo hiliar bilateral con infiltrado que borra discretamente silueta cardiaca derecha.
-Analítica→ Bioquímica: Normal. Hemograma: plaquetas 222000 leucocitos 15450 (N 50.5%, L 37.4%). Coagulación: normal.
Peso: 10kg; Tª:39ºC; Saturación O_2:85%; FiO_2:21%

DIAGNÓSTICO:

-OMA bilateral no supurada.
-Infección de vías respiratorias inferiores por VRS. Bronquiolitis.

TRATAMIENTO DURANTE EL INGRESO:

-Omeprazol 10mg IV c/12h: Antiulceroso
-Ampicilina (Gobemicina) 730mg IV c/6h: Antibiótico
-Metilprednisolona (Urbason) 10 mg IV c/12h: Corticoide
-Salbutamol 8puff en cámara c/3h: Broncodilatador
-Atrovent 4puff en cámara c/6h: Broncodilatador
-Paracetamol 150mg IV c/6-8h y/o Nolotil 200mg IV c/6-8h lento si dolor o fiebre
-Dieta absoluta. Suero mantenimiento PDT (Salino 0.45% 450ml, Glucosado 50% 50ml, ClK 2M 5ml) en 30ml/h

DISCUSIÓN

- Algunos estudios sitúan la lactancia materna como un factor protector frente al padecimiento de la bronquiolitis de forma significativa aunque existe controversia al respecto. En este caso, el bebé ha tomado lactancia materna hasta los 6 meses de manera exclusiva.
- Ambos padres son fumadores lo cual expone al bebé a un mayor riesgo de sufrir bronquiolitis. De ahí, la importancia de evitar la exposición al humo del tabaco a la población infantil. Durante su estancia hospitalaria se les insiste a los padres de lo esencial que es mantener a su bebé alejado de agentes irritantes como es el humo del tabaco.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

DX: Patrón respiratorio ineficaz relacionado con proceso patológico manifestado por tiraje intercostal y aleteo nasal.
NOC: Mejora de la dificultad respiratoria
NIC:
-Posición fowler o semifowler facilitando la respiración.
-Administración de O_2 para mantener saturación en niveles aceptables.
-Lavados nasales para la expulsión de moco.
-Monitorización de constantes.



DX: Hipertermia relacionada con proceso patológico manifestado por aumento de la temperatura corporal por encima del límite de normalidad.
NOC: Control de la temperatura.
NIC:
-Monitorización de constantes vitales. Manejo de los líquidos
-Control de la temperatura ambiental. Aplicar medios físicos cuando sea necesario.
-Administrar antitérmicos pautados

DX: Diarrea relacionada con cambio del patrón de alimentación manifestado por aumento de la cantidad y fluidez de las deposiciones.
NOC: Patrón intestinal normal.
NIC:
-Manejo de la nutrición. Adaptar dieta a la situación del paciente.
-Reposición de líquidos. Favorecer un equilibrio hídrico óptimo.
-Monitorización de líquidos.
-Vigilancia extrema de la piel para evitar la aparición de lesiones cutáneas.

DX: Intolerancia a la actividad relacionada con hiperreactividad bronquial manifestado por tos al realizar esfuerzos.
NOC: Mejora de la disnea.
NIC:
-Administración de oxigenoterapia para control de saturación.
-Administración de inhaladores y aerosoles en cámara según tratamiento médico prescrito.
-Control de tos.

DX: Riesgo de caídas relacionado con edad del paciente.
NOC: Prevención de caídas.
NIC:
-Manejo ambiental: aumentar la seguridad (uso de barandillas durante estancia hospitalaria) y eliminar barreras presentes en el medio.
-Identificación de elementos de riesgo en el medio.
-Asistencia y ayuda en el autocuidado para evitar caídas durante su desarrollo.

DX: Riesgo de déficit de volumen de líquidos relacionado con vómitos y diarrea.
NOC: Control de líquidos
NIC:
-Mejora de accesos de tos para evitar vómitos
-Reposición de líquidos y electrolitos. Monitorización de las pérdidas
-Aumento del número de tomas aunque de menor cantidad.

CONCLUSIONES

- Los lactantes con infecciones respiratorias bajas presentan un pronóstico incierto si no se realice un correcto y precoz abordaje multidisplinar. Por tanto, es esencial la detención del avance de la infección por medio de todo el equipo asistencial.
- Los menores de un año son muy vulnerables a las infecciones respiratorias y dada su condición física resulta fundamental un control estricto de síntomas.
- De esta manera, se evidencia la importancia de establecer un plan de cuidados individualizado atendiendo a sus principales necesidades posibilitando la resolución de problemas y de complicaciones futuras.

BIBLIOGRAFÍA

1. Florin TA, Plint AC, Zorc JJ. Viral bronchiolitis. Lancet [Internet] 2017 [acceso marzo 2019];389(10065):211–24. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673616309515
2. Cano-Garcinuño A, Praena-Crespo M, Mora-Gandarillas I, Carvajal-Urueña I, Callén-Blecua MT, García-Merino Á, et al. Heterogeneidad de criterios en el diagnóstico de bronquiolitis aguda en España. An Pediatría [Internet]. 2019 [acceso marzo 2019];90(2):109–17. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S169540331830314X#bib0205
3. Gil-Prieto R, Gonzalez-Escalada A, Marín-García P, Gallardo-Pino C, Gil-de-Miguel A. Respiratory Syncytial Virus Bronchiolitis in Children up to 5 Years of Age in Spain: Epidemiology and Comorbidities: An Observational Study. Medicine [Internet]. 2015 [acceso marzo 2019];94(21):e831. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26020386
4. Ramos-Fernández JM, Pedrero-Segura E, Gutiérrez-Bedmar M, Delgado-Martín B, Cordón-Martínez AM, Moreno-Pérez D, et al. Epidemiología de los ingresos por bronquiolitis en el sur de Europa: análisis de las epidemias 2010-2015. An Pediatría [Internet]. 2019 [acceso abril 2019];87(5):260–8. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403316302740#bib0320
5. García García ML, Korta Murua J, Callejón Callejón A. Bronquiolitis aguda viral. Protoc diagn ter pediatr. 2017;1:85-1 Bronquiolitis aguda viral
6. Herdman TH. NANDA Inernational. Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación 2015-2017. Barcelona: Elsevier; 2015.
7. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2014.
8. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 64ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2014.

Resumen: *Introducción: La bronquiolitis es la infección de las vías respiratorias inferiores más frecuente en lactantes. El virus respiratorio sincitial causa el 55-75% de los casos. La clínica se caracteriza por taquipnea, sibilancias, crepitantes e irritabilidad. El diagnóstico es fundamentalmente clínico.*

Presentación del caso: Lactante de 11 meses con dificultad respiratoria de 24 horas de evolución, fiebre 39º, vómitos, diarrea, debilidad y signos de decaimiento.

Se realiza un plan de cuidados enfermero mediante diagnósticos de enfermería (NANDA), criterios de resultado (NOC) e intervenciones de enfermería (NIC).

Conclusión: Es esencial el abordaje precoz, multidisciplinar y los cuidados individualizados para evitar complicaciones.

Palabras Clave: *Bronquiolitis viral; lactante; infecciones por virus sincitial respiratorio.*

Introducción

La bronquiolitis es la infección de las vías respiratorias inferiores más frecuente en menores de un año y constituye una de las principales causas de hospitalización y de carga asistencial en el lactante.

El virus respiratorio sincitial (VRS) es el causante del 55-75% de los casos, si bien, puede ser producida por rinovirus, bocavirus, adenovirus y con menor frecuencia, por los virus de influenza y parainfluenza.

Presenta una distribución estacional, con aumento de la incidencia durante los meses de invierno siendo habitual la aparición de brotes epidémicos cada uno o dos años.

La clínica viene precedida por la afectación del tracto respiratorio superior, con rinorrea, congestión nasal y tos. Posteriormente, dará lugar a dificultad respiratoria taquipnea, sibilancias, crepitantes, un empeoramiento de la tos e irritabilidad. La duración varía en función de la edad, la presencia de complicaciones, el agente causal y los factores de riesgo.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, basándose en la exploración física (auscultación pulmonar y signos de dificultad respiratoria) y en la anamnesis (edad menor de 6 semanas, prematuridad o enfermedades de base). La radiografía de tórax y la analítica puede ayudar en el diagnóstico, pero no se recomienda su utilización de forma sistemática.

Las principales complicaciones son la deshidratación, la sobreinfección, la insuficiencia respiratoria y la apnea.

Observación clínica

Presentación del caso:

Lactante (PPG) de 11 meses remitido desde el Servicio de Urgencias a la planta de Pediatría Hospital de referencia. Se realiza ingreso hospitalario ya que presenta dificultad respiratoria de 24h de evolución, en aumento. A su llegada a urgencias presenta 39ºC, con síndrome febril de cinco días de evolución. Además, presenta vómitos, diarrea, debilidad y signos de decaimiento.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Otros datos de interés:

- Calendario vacunal completo (incluyendo Prevenar y Rotateq).
- Ingreso en marzo de 2018 con un mes por enterocolitis aguda por rotavirus. Ingreso en diciembre de 2018 por bronquiolitis aguda VRS+
- Diagnóstico cuatro días antes: Otitis media aguda izquierda con tratamiento con Amoxicilina 80mg/kg/día.
- Hábito tabáquico en ambos progenitores.

Exploración física y pruebas complementarias:

- Lactante consciente. Coloración pálida de piel y de mucosas.
- Auscultación cardiaca: No soplos ni ruidos patológicos.
- Auscultación pulmonar: Hipoventilación generalizada, roncus y crepitates diseminados. Sibilancias Tiraje intercostal con disociación toracoabdominal y aleteo nasal.
- Abdomen: Blando y depresible. No masas ni megalias.
- RX de tórax: Se visualiza atrapamiento aéreo bilateral, refuerzo hiliar bilateral con infiltrado que borra discretamente silueta cardiaca derecha.
- Analítica bioquímica: Normal. Hemograma: Plaquetas 222000 leucocitos 15450 (N 50.5 %, L 37.4 %). Coagulación: Normal.
- Peso: 10 kg; Tª: 39ºC; Saturación O_2: 85 %; Fi O_2: 21%

Diagnóstico:

- OMA bilateral no supurada.
- Infección de vías respiratorias inferiores por VRS. Bronquiolitis.

Tratamiento durante el ingreso:

- Omeprazol 10mg IV c/12h: Antiulceroso.
- Ampicilina (Gobemicina) 730mg IV c/6h: Antibiótico.
- Metilprednisolona (Urbason) 10 mg IV c/12h: Corticoide.
- Salbutamol 8puff en cámara c/3h: Broncodilatador.
- Atrovent 4puff en cámara c/6h: Broncodilatador.
- Paracetamol 150mg IV c/6-8h y/o Nolotil 200mg IV c/6-8h lento si dolor o fiebre.
- Dieta absoluta. Suero mantenimiento (salino 0.45% 450ml, glucosado 50% 50ml, ClK 2M 5ml) en 30ml/h.

Plan de cuidados enfermero.

DX: Patrón respiratorio ineficaz relacionado con proceso patológico manifestado por tiraje intercostal y aleteo nasal.

NOC: Mejora de la dificultad respiratoria.

NIC:

- Posición fowler o semifowler facilitando la respiración.
- Administración de O2 para mantener saturación en niveles aceptables.
- Lavados nasales para la expulsión de moco.
- Monitorización de constantes.

DX: Hipertermia relacionada con proceso patológico manifestado por aumento de la temperatura corporal por encima del límite de normalidad.

NOC: Control de la temperatura.

NIC:

- Monitorización de constantes vitales. Manejo de los líquidos.
- Control de la temperatura ambiental. Aplicar medios físicos cuando sea necesario.
- Administrar antitérmicos pautados.

DX: Diarrea relacionada con cambio del patrón de alimentación manifestado por aumento de la cantidad y fluidez de las deposiciones.

NOC: Patrón intestinal normal.

NIC:

- Manejo de la nutrición. Adaptar dieta a la situación del paciente.
- Reposición de líquidos. Favorecer un equilibrio hídrico óptimo.
- Monitorización de líquidos.
- Vigilancia extrema de la piel.

DX: Intolerancia a la actividad relacionada con hiperreactividad bronquial manifestado por tos al realizar esfuerzos.

NOC: Mejora de la disnea.

NIC:

- Administración de oxigenoterapia para control de saturación.
- Administración de inhaladores y aerosoles en cámara según tratamiento médico prescrito.
- Control de tos.

DX: Riesgo de déficit de volumen de líquidos relacionado con vómitos y diarrea.

NOC: Control de líquidos

NIC:

- Mejora de accesos de tos para evitar vómitos.
- Reposición de líquidos y electrolitos. Monitorización de las pérdidas.
- Aumento del número de tomas, aunque de menor cantidad.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Discusión

Algunos estudios sitúan la lactancia materna como un factor protector frente al padecimiento de la bronquiolitis de forma significativa, aunque existe controversia al respecto. En este caso, el bebé ha tomado lactancia materna hasta los 6 meses de manera exclusiva.

Ambos padres son fumadores lo que supone un mayor riesgo. De ahí, la importancia de evitar la exposición al humo del tabaco a la población infantil. Durante su estancia hospitalaria se les insiste a los padres de lo esencial que es mantener a su bebé alejado de agentes irritantes.

Conclusiones

Los lactantes con infecciones respiratorias bajas presentan un pronóstico incierto si no se realice un correcto y precoz abordaje multidisplinar. Por tanto, es esencial la detención del avance de la infección por medio de todo el equipo asistencial.

Se evidencia la importancia de establecer un plan de cuidados individualizado atendiendo a sus principales necesidades posibilitando la resolución de problemas y de complicaciones futuras.

Bibliografía

1. Cano-Garcinuño A, Praena-Crespo M, Mora-Gandarillas I, Carvajal-Urueña I, Callén-Blecua MT, García-Merino Á, et al. Heterogeneidad de criterios en el diagnóstico de bronquiolitis aguda en España. An Pediatría [Internet]. 2019 [acceso marzo 2019];90(2):109–17. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S169540331830314X#bib0205.
2. Gil-Prieto R, Gonzalez-Escalada A, Marín-García P, Gallardo-Pino C, Gil-de-Miguel A. Respiratory Syncytial Virus Bronchiolitis in Children up to 5 Years of Age in Spain: Epidemiology and Comorbidities: An Observational Study. Medicine [Internet]. 2015 [acceso marzo 2019];94(21):e831. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26020386.
3. Herdman TH. NANDA Inernational. Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación 2015-2017. Barcelona: Elsevier; 2015.
4. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2014.
5. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 64ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2014.

Capítulo 41

Caídas en personas mayores. Caso clínico

Fernández-Sarabia Pardo, Laura

Guzmán Pecino, Verónica

Lozano Jiménez, Sandra

Palencia Guerrero, María Teresa

CAIDAS EN PERSONAS MAYORES. CASO CLINICO

Laura Fernández-Sarabia Pardo
Verónica Guzmán Pecino
Sandra Lozano Jiménez
María Teresa Palencia Guerrero

INTRODUCCION

Mujer, 87 años. Acude al servicio de urgencias tras caída por tropiezo, con contusión en cara y miembros superior e inferior izquierdos. No presentó síncope ni pródromos y recuerda totalmente el episodio.
- **Síntomas**: dolor en cara, brazo y pierna derechos.
- **Diagnóstico**: Contusión facial postraumática y fractura de tercio medio diafisaria de húmero derecho, con tercer fragmento en mariposa.
- **Tratamiento**: Cirugía con osteosíntesis, con aguja con clavo Spectrum. Tratamiento de fisioterapia posterior a cirugía.
- **Evolución**: 4 meses tras la intervención, la paciente continúa con limitación de movilidad de hombro derecho y dolor. Limitación en los movimientos de flexión, abducción y rotaciones de hombro derecho. Refiere crepitaciones acompañados de dolor a la movilidad activa y pasiva de hombro. Refiere sentir miedo a caminar y grandes limitaciones en las AVDS. Se desplaza en silla de ruedas y apenas camina.

OBSERVACION CLINICA

La principal causa de muerte en pacientes mayores de setenta años, son las caídas. Existe un índice alto de fracturas asociadas a estas caídas (en torno a más del 70% de los casos), las de cadera son las más frecuentes. En torno al 50% de los pacientes ancianos que sufren algún tipo de fractura, no recuperan completamente su nivel funcional.
En esta población es importante insistir en medidas de prevención, puesto que disminuyen el riesgo de sufrir caídas en un 7-12% (campañas de promoción de hábitos saludables, seguridad en el domicilio, adaptación del domicilio…)
Entre los factores de riesgo de las caídas nos encontramos con: la reducción de la movilidad, la pérdida auditiva y visual, el deterioro a nivel cognitivo, la polifarmacia, los factores ambientales, la medicación, la presencia de enfermedades, entre otros.
En el papel de la fisioterapia, sería importante la promoción del ejercicio físico, la enseñanza de las transferencias (cama-silla, silla-bipedestación, sentarse, acostarse…), la reeducación propioceptiva y de la marcha, el trabajo de reacciones de equilibrio y el tratamiento el síndrome post-caída en caso de caídas antiguas al último episodio.

EXPLORACION Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

EXPLORACIÓN FÍSICA: Neurología: Glasgow 15/15. Centrada y orientada en las 3 esferas. Reflejos foto-motores normales, MOEs normales. Resto PC normales. No dismetrías ni disdiadococinesias. Signos meníngeos negativos. No nistagmos. Reflejos osteo-musculares presentes y simétricos. No alteraciones de la fuerza ni sensibilidad. Romberg y Barany negativos. No alteraciones de la marcha ni bipedestación.
- *Cara y cuello*: Herida inferior a 0.5 en dorso de la nariz tercio medio. Erosión superficial en cara lateral. No crepitación ni puntos óseos dolorosos. Tumefacción y hematoma.
- *Hombro derecho*: tumefacción y equimosis en tercio medio de húmero. Dolor a la palpación en tercio medio de húmero. Balance articular incompleto y doloroso.
- *Codo derecho*: leve tumefacción. No equimosis. Dolor a la palpación en epicóndilo. No dolor en otros puntos óseos. Balance articular completo.
- *Rodilla izquierda*: no tumefacción ni equimosis. Dolor a la palpación en interlínea externa. Balance articular completo.

RADIOLOGÍA: *TC CRANEAL SIN CIV-URGENTE:* Sistema ventricular centrado en la línea media de morfología y tamaño normal. Signos de retracción cortical difusa. Estos hallazgos en relación con atrofia cortico-subcortical difusa. No colecciones hemáticas intra ni extra-axiales. Leucoaraiosis. Pequeñas hipo-densidades en sustancia blanca de predominio subcortical y en coronas radiadas, inespecíficas, probablemente isquémicas crónicas. No alteraciones en calota.
- *RADIOGRAFÍA DE HUESOS PRPIOS DE LA NARIZ:* Impresiona de hundimiento convexo de tercio distal de hueso propio, sin desplazamiento.
- *RADIOGRAFÍA ANTEROPOSTERIOR DE HÚMERO*: Fractura del tercio medio diafisaria de húmero derecho, con tercer fragmento en mariposa.
- *RADIOGRAFÍA DE RODILLA*: no existe patología ósea aguda.

PLAN DE CUIDADOS POST-QUIRÚRGICO

- Frío seco local 5-10 minutos 4-5 veces al día en nariz.
- Cura diaria de las heridas con Betadine.
- Analgesia en caso de dolor.
- Control por médico de Atención Primaria.
- Acudir a centro de salud si aparecen algunos signos de alarma (pérdida de memoria, mareos, convulsiones, confusión, somnolencia no habitual…)
- Tratamiento de fisioterapia hombro derecho:
    - Movilizaciones pasivas.
    - Ejercicios activo-asistidos.
    - Ejercicios pendulares.
    - Frío local 10 minutos.

DISCUSION

En esta paciente, creemos de vital importancia abordar, aparte de las alteraciones a nivel del sistema músculo-esquelético, el síndrome post-caída.
El plan de trabajo que nosotras proponemos es:
- Trabajo de movilidad en miembros superiores.
- Trabajo de movilidad en miembros inferiores.
- Trabajo de transferencias.
- Trabajo de equilibrio y propiocepción.
- Trabajo de marcha con andador.

Debemos actuar también sobre las causas extrínsecas (domicilio, comunidad de vecinos, condiciones personales) y sobre las causas intrínsecas (déficits presentes, poli-farmacia, consumo de sustancias nocivas, osteoporosis, artrosis, trastornos músculo-esqueléticos). El objetivo general de este programa sería reforzar la seguridad, confianza y estima del anciano, mejorando su estado cognitivo, esto lo conseguiremos manteniendo la máxima movilidad articular, manteniendo o restaurando la independencia en las AVD, manteniendo o incrementando la fuerza muscular, logrando un buen patrón de marcha, logrando la confianza y cooperación del paciente. Deberemos enseñar al paciente las posibles situaciones de riesgo y cómo reaccionar ante ellas. Evitaremos los movimientos bruscos y los cambios de postura rápidos. Enseñaremos las correctas transferencias, haremos ejercicios de potenciación y resistencia, ejercicios para mejorar la amplitud articular, reeducación global de la marcha (con o sin ayudas), ejercicios de equilibrio, entre otros.

CONCLUSION

Desde la atención primaria, centran el tratamiento en el brazo derecho, sin prestar atención a otras esferas importantes, como sería la propia caída y la falta de movilidad. Consideramos muy importante desarrollar un programa de prevención de caídas, protegiendo así al anciano contra los factores de riesgo, sin poner en peligro su movilidad ni independencia funcional, para así no aumentar la incapacidad y no dar lugar a caídas posteriores. En ese aspecto, el tratamiento pautado carece de este tipo de medidas, a pesar de ser la Atención Primaria la responsable de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, atendiendo al medio físico y social en el que la paciente se desenvuelve, más que en una enfermedad específica, puesto que no padece ninguna hasta la fecha. Quizás sea por la escasa tecnología sanitaria disponible en los centros de salud, o por el escaso tiempo existente en la atención primaria para los tratamientos individuales, que este tipo de tratamientos pasan desapercibidos en los centros de salud, según nuestra experiencia profesional. Habría que plantearse si realmente debe ser atendida esta paciente en centro de salud, o en el servicio de rehabilitación del hospital, dado el tipo de tratamiento integral que convendría aplicar. Esta paciente tiene una limitación importante de las AVDS y una falta de movilidad, por el miedo y las consecuencias de la fractura del brazo. El tratamiento pautado hasta ahora resulta ser ineficaz globalmente.

Resumen: *Caso clínico de una mujer de 87 años, que tras caída accidental, es intervenida quirúrgicamente con material de osteosíntesis en hombro derecho. Además presenta heridas en cara y miembros inferiores. La paciente tiene limitación en su movilidad y en sus AVDs. Entre las causas encontramos el miedo tras la caída y las consecuencias de la propia fractura. El tratamiento pautado hasta ahora resulta ser ineficaz globalmente, ya que su objetivo no es el de reforzar la movilidad, seguridad, confianza y estima de la paciente, si no que solamente se centra en recuperar la movilidad del miembro superior.*

Palabras Clave: *Accidentes por caídas; anciano de 80 o más años; fisioterapia.*

Introducción

Mujer, 87 años. Caída por tropiezo, con contusión en cara y miembros superior e inferior izquierdos. No síncope ni pródromos. Recuerda totalmente el episodio.

Síntomas: Dolor en cara, brazo y pierna derechos.

Diagnóstico: Contusión facial postraumática y fractura diafisaria de tercio medio de húmero derecho, con fragmento en mariposa.

Tratamiento: Cirugía, clavo Spectrum.

Evolución: 4 meses tras la intervención, continúa con limitación de movilidad y dolor. Crepitaciones acompañados de dolor a la movilidad de hombro. Refiere sentir miedo a caminar. Limitación de AVDs.

Observación clínica

La principal causa de muerte en pacientes mayores de setenta años, son las caídas. Existe un índice alto de fracturas asociadas (>70% de los casos). En torno al 50% de los pacientes ancianos que sufren algún tipo de fractura, no recuperan completamente su nivel funcional.

Es importante insistir en medidas de prevención, puesto que disminuyen el riesgo de sufrir caídas (campañas de promoción de hábitos saludables, seguridad en el domicilio, adaptación del domicilio…)

Entre los factores de riesgo nos encontramos: Reducción de la movilidad, pérdida auditiva y visual, deterioro a nivel cognitivo, polifarmacia, factores ambientales, presencia de enfermedades…

Es importante la promoción del ejercicio físico, la enseñanza de transferencias, la reeducación propioceptiva y de la marcha, el trabajo de reacciones de equilibrio, el tratamiento el síndrome postcaída en caso de caídas antiguas al último episodio, entre otros.

Exploración y pruebas complementarias

1. **Exploración Física:**

- Neurología: Glasgow 15/15. Centrada y orientada en las 3 esferas. Reflejos foto-motores normales. No dismetrías ni disdiadococinesias. Signos meníngeos negativos. No nistagmos. Re-

ISBN: 978-84-949197-6-3

flejos osteo-musculares presentes y simétricos. No alteraciones de la fuerza ni sensibilidad. Romberg y Barany negativos. No alteraciones de la marcha ni bipedestación.

- Cara y cuello: Herida en dorso de la nariz. Erosión superficial en cara lateral. Tumefacción y hematoma.
- Hombro derecho: Tumefacción y equimosis en tercio medio de húmero. Dolor a la palpación. Balance articular incompleto y doloroso.
- Codo derecho: leve tumefacción. No equimosis. Dolor a la palpación en epicóndilo. Balance articular completo.
- Rodilla izquierda: No tumefacción ni equimosis. Dolor a la palpación en interlínea externa. Balance articular completo.

2. Radiología:

- TC craneal sin CIV-urgente: Sistema ventricular centrado en la línea media de morfología y tamaño normal. Signos de retracción cortical difusa. No colecciones hemáticas intra ni extra-axiales. Leucoaraiosis. Pequeñas hipo-densidades en sustancia blanca de predominio subcortical y en coronas radiadas, inespecíficas, probablemente isquémicas crónicas.
- Radiografía de huesos propios de la nariz: Impresiona de hundimiento convexo de tercio distal de hueso propio, sin desplazamiento.
- Radiografía anteroposterior de húmero: Fractura del tercio medio diafisaria de húmero derecho, con tercer fragmento en mariposa.
- Radiografía de rodilla: no existe patología ósea aguda.

Plan de cuidados post-quirúrgico

- Frío seco local 5-10 minutos 4-5 veces al día en nariz.
- Cura diaria de las heridas.
- Analgesia en caso de dolor.
- Control por médico de Atención Primaria.
- Acudir a centro de salud si aparecen algunos signos de alarma (pérdida de memoria, mareos, convulsiones, confusión, somnolencia no habitual…)
- Tratamiento de fisioterapia hombro derecho: Movilizaciones pasivas, ejercicios activo-asistidos, ejercicios pendulares.
- Frío local 10 minutos.

Discusión

En esta paciente, creemos de vital importancia abordar, aparte de las alteraciones a nivel del sistema músculo-esquelético, el síndrome post-caída.

El plan de trabajo que proponemos es:

- Trabajo de movilidad en miembros superiores.
- Trabajo de movilidad en miembros inferiores.

- Trabajo de transferencias.
- Trabajo de equilibrio y propiocepción.
- Trabajo de marcha con andador.

Debemos actuar sobre las causas extrínsecas (domicilio, comunidad de vecinos, condiciones personales) e intrínsecas (déficits presentes, poli-farmacia, consumo de sustancias nocivas, osteoporosis, artrosis, trastornos músculo-esqueléticos). El objetivo general de este programa sería reforzar la seguridad, confianza y estima, mejorando su estado cognitivo. Esto lo conseguiremos manteniendo la máxima movilidad articular, manteniendo o restaurando la independencia en las AVD, manteniendo o incrementando la fuerza muscular, logrando un buen patrón de marcha, logrando la confianza y cooperación del paciente.

Deberemos enseñar al paciente posibles situaciones de riesgo, y cómo reaccionar ante ellas. Evitaremos los movimientos bruscos y los cambios de postura rápidos. Enseñaremos las correctas transferencias, haremos ejercicios de potenciación y resistencia, ejercicios para mejorar la amplitud articular, reeducación global de la marcha (con o sin ayudas), ejercicios de equilibrio, entre otros.

Conclusión

Desde la atención primaria, centran el tratamiento en el hombro, sin prestar atención a la propia caída y la falta de movilidad. Consideramos muy importante desarrollar un programa de prevención de caídas, protegiendo así al anciano contra los factores de riesgo, sin poner en peligro su movilidad ni independencia, para así no aumentar la incapacidad y no dar lugar a caídas posteriores. El tratamiento pautado carece de este tipo de medidas, a pesar de ser la Atención Primaria la responsable de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, atendiendo al medio físico y social en el que la paciente se desenvuelve, más que en una enfermedad específica. Quizás sea por la escasa tecnología sanitaria disponible en los centros de salud, o por el escaso tiempo existente en la atención primaria para los tratamientos individuales, que este tipo de tratamientos pasan desapercibidos, según nuestra experiencia profesional. Esta paciente tiene una limitación importante de AVDs y falta de movilidad, por el miedo y las consecuencias de la fractura. El tratamiento pautado hasta ahora resulta ser ineficaz globalmente.

Bibliografía

1. Da Silva Gama ZA, Gómez-Conesa A. Factores de riesgo de caídas en ancianos: revisión sistemática. Revista de Saúde Pública. 2008.
2. Landinez PNS, Contreras VK, Castro VA. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Revista Cubana de Salud Pública 2012; 38 (4).
3. Lázaro del Nogal M, Pablos Hernández C, GonzálezRamírez A. Protocolo diagnóstico de las caídas y trastornos de la marcha en el anciano residente en la comunidad. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. Volumen 12, Issue 62, September 2018, Pages 3675-3678.
4. Peña Fernández V, Sierra Vinuesa R, Cortés Fernández E. Importancia del desarrollo de un programa de fisioterapia en la reeducación del equilibrio en nuestros mayores. Libro de Actas: VI Congreso de Deporte inclusivo; Marzo 2017: 119-121.

Capítulo 42

Calidad del sueño en la población castellanomanchega

González Castro, Juan Pedro

Jurado Zapata, Fátima

Lucas Caballero, Marina

Laderas Díaz, Estíbaliz

Acevedo Andújar, Desirée

Amores Lizcano, Ester

CALIDAD DEL SUEÑO EN LA POBLACIÓN CASTELLANOMANCHEGA

XI CONGRESO DE INVESTIGACIÓN-SATSE CIUDAD REAL

INTRODUCCIÓN

Los trastornos crónicos del sueño, suponen un factor de riesgo para desarrollar determinadas alteraciones psiquiátricas, como son la depresión y ansiedad, lo que aumenta la interferencia con las actividades diarias.

La necesidad del desarrollo del presente estudio, se debe, a la escasez de datos actualizados, a nivel nacional y sobre todo a nivel regional, sobre la calidad del sueño y los factores que influyen en está.

OBJETIVOS

General: Identificar la calidad de sueño en la población castellanomanchega.

Específicos:

- Identificar las diferencias de calidad del sueño según el sexo, edad y estado civil.
- Establecer la influencia de los hijos sobre la calidad del sueño de sus padres.
- Determinar la influencia de dormir acompaño en la calidad del sueño.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: estudio observacional, descriptivo y de corte transversal.

Muestra: 1611 participantes originarios o residentes en Castilla La-Mancha.

Instrumento: el cuestionario empleado fue elaborado a partir de la combinación de una serie de preguntas sociodemográficas y el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI).

Variables: sexo, edad, estado civil, hijos, y calidad del sueño con sus 7 componentes: calidad subjetiva, latencia, duración, eficiencia, perturbaciones, uso de medicación hipnótica y disfunción diurna.

Procedimiento: envío del cuestionario a distintas redes sociales. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

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

El 37% afirmó tener una calidad del sueño bastante mala.

Con respecto a la puntuación total de PSQI:

- Las mujeres obtuvieron un 7,02, y los hombres un 6,2 (p=0,02).
- Los menores de 30 años obtuvieron una puntuaciones inferiores a los otros grupos de mayor edad.
- Los participantes con hijos obtuvieron un 7,21, mientras que los que no tenían ninguno un 6,6 (p=0,003).
- Los solteros obtuvieron un 6,65, los casados un 6,9, los divorciados un 8,18 y los viudos un 8,43 (p=0,021).

CONCLUSIONES

La calidad del sueño de los castellanomanchegos es mala, siendo más de la mitad malos dormidores (PSQI>5)

En este estudio se ha identificado que las mujeres duermen peor que los hombres

Los menores de 30 años, tienen mejor calidad del sueño que aquellos que tienen más años

Aquellos que tienen al menos un hijo, presentan una peor calidad del sueño que aquellos que no tienen ninguno

Los solteros presentan mejor calidad del sueño que los casados, viudos y divorciados

Resumen: *Objetivo principal: Identificar la calidad de sueño en la población castellano-manchega.*

Metodología: Estudio descriptivo transversal. Se utilizó el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI), el cual, recoge va la variable: calidad del sueño.

Análisis descriptivo: El nivel de significación se estableció en una p

Palabras Clave: *Calidad; sueño; salud.*

Introducción

Los trastornos crónicos del sueño, suponen un factor de riesgo para desarrollar determinadas alteraciones psiquiátricas, como son la depresión y ansiedad, lo que aumenta la interferencia con las actividades diarias.

La necesidad del desarrollo del presente estudio, se debe, a la escasez de datos actualizados, a nivel nacional y sobre todo a nivel regional, sobre la calidad del sueño y los factores que influyen en está.

Objetivos

General: Identificar la calidad de sueño en la población castellanomanchega.

Específicos:

- Identificar las diferencias de calidad del sueño según el sexo, edad y estado civil.
- Establecer la influencia de los hijos sobre la calidad del sueño de sus padres.
- Determinar la influencia de dormir acompaño en la calidad del sueño.

Material y métodos

Diseño: Estudio observacional, descriptivo y de corte transversal.

Muestra: 1611 participantes originarios o residentes en Castilla La-Mancha.

Instrumento: El cuestionario empleado fue elaborado a partir de la combinación de una serie de preguntas sociodemográficas y el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI).

Variables: Sexo, edad, estado civil, hijos, y calidad del sueño con sus 7 componentes: calidad subjetiva, latencia, duración, eficiencia, perturbaciones, uso de medicación hipnótica y disfunción diurna.

Procedimiento: Envío del cuestionario a distintas redes sociales. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

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 $p < 0,05$.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Aspectos éticos: Los individuos recibieron información sobre la importancia y objetivos del estudio, así como del carácter anónimo, voluntario y confidencial del cuestionario.

Resultados

El 37 % afirmó tener una calidad del sueño bastante mala. Con respecto a la puntuación total de PSQI:

- Las mujeres obtuvieron un 7,02, y los hombres un 6,2 (p= 0,02).
- Los menores de 30 años obtuvieron unas puntuaciones inferiores a los otros grupos de mayor edad.
- Los participantes con hijos obtuvieron un 7,21, mientras que los que no tenían ninguno un 6,6 (p= 0,003).
- Los solteros obtuvieron un 6,65, los casados un 6,9, los divorciados un 8,18 y los viudos un 8,43 (p= 0,021).

Conclusiones

- La calidad del sueño de los castellanomanchegos es mala, siendo más de la mitad malos dormidores (PSQI>5).
- En este estudio se ha identificado que las mujeres duermen peor que los hombres.
- Los menores de 30 años, tienen mejor calidad del sueño que aquellos que tienen más años.
- Aquellos que tienen al menos un hijo, presentan una peor calidad del sueño que aquellos que no tienen ninguno.
- Los solteros presentan mejor calidad del sueño que los casados, viudos y divorciados.

Bibliografía

1. Madrid-Valero JJ, Martínez-Selva JM, Ribeiro do Couto B, Sánchez-Romera JF, Ordoñana JR. Age and gender effects on the prevalence of poor sleep quality in the adult population. Gac Sanit [Internet]. 2017;31(1):18–22. Available from: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911116301182.
2. Quan SA, Li YC, Li WJ, Li Y, Jeong JY, Kim DH. Gender differences in sleep disturbance among elderly koreans: Hallym aging study. J Korean Med Sci. 2016;31(11):1689–95.
3. Wong WS, Fielding R. Prevalence of insomnia among Chinese adults in Hong Kong: A population-based study. J Sleep Res. 2011;20(1 PART I):117–26.

Capítulo 43

Carcinoma basocelular

López Ramírez, María Dolores

CARCINOMA BASOCELULAR

INTRODUCCIÓN

El Carcinoma Basocelular (CBC) es el cáncer de piel más frecuente. Se origina a partir de las células madre indiferenciadas pluripotenciales de la capa basal de la epidermis. Está en relación con exposición crónica a la radiación solar. La mayoría se localizan en cara, cuello y cabeza (zonas expuestas al sol). Suele aparecer en mayores de 50 años. Rara vez produce metástasis pero si no se trata puede crecer, invadir y destruir los tejidos circundantes.



OBSERVACIÓN CLÍNICA

Varón de 64 años intervenido de CBC preauricular derecho. Se le realiza una 2ª intervención con ampliación de márgenes quirúrgicos (por margen profundo afectado) en la que se realiza extirpación de área fibrótica y costrosa preauricular, parotidectomía superficial derecha y reconstrucción del defecto creado mediante colgajo fasciocutáneo loco-regional de avance-deslizamiento. En el postoperatorio el paciente desarrolló dehiscencia de la herida y necrosis parcial del colgajo que requirió reintervención con desbridamiento quirúrgico de herida cervico-facial dehiscente, cierre del defecto creado mediante colgajo cervico- pectoral de deslizamiento, hemostasia cuidadosa, 2 redones del nº 14 y sutura por planos.
La posterior evolución tórpida de la herida quirúrgica con zonas de dehiscencia requirió curas diarias.





PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS

Se realiza por el personal de enfermería.

-Se administra la medicación pautada: antibióticos, analgésicos, etc.
-Se toman las constantes en cada turno: temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de O2.
-Se realizan 2 curas al día de la herida (mañana y tarde): se retira vendaje, se coloca empapador en zona del cuello, paño estéril para poner el material a utilizar y guantes estériles.
Se lava la herida con: 1º) Jeringa de 10 ml con 5 ml de agua oxigenada y 5 ml de suero fisiológico (SF). Se deja actuar y se seca con gasa estéril. 2º) Jeringa de 10 ml con SF para lavado de la zona hasta dejar limpia. Se seca con gasa estéril. 3º) Jeringa de 10 ml de Betadine para impregnar toda la herida. Se retira sobrante con gasas estériles.
Se rellena la herida con una tira de Aquacel plata mojada con SF ayudándose de unas pinzas estériles. Se colocan gasas estériles para cubrir la zona y se sujetan con venda de crepé alrededor de la cabeza y cuello y trozo de esparadrapo para fijar.
-Se realiza educación sanitaria: cuidados de la piel, medidas de protección solar.

DISCUSIÓN

-El CBC representa el 75% del total de los tumores malignos cutáneos. Su incidencia aumenta con la edad y es mayor en hombres que en mujeres (2/1).
-Las personas que han tenido un CBC presentan mayor riesgo de desarrollar otro con el tiempo, en la misma o distinta localización, y tienen mayor probabilidad de desarrollar otros tipos de cánceres cutáneos.
-La cirugía convencional, en este caso, no consiguió un margen de seguridad con los bordes limpios de tumor. Se necesitó de la cirugía de Mohs para asegurar la completa extirpación del tumor respetando la máxima cantidad de piel sana al permitir un control intraoperatorio de los márgenes.
-La principal causa del CBC es la exposición solar crónica acumulada a lo largo de los años. La piel tiene "memoria", y el sol acumulado durante la infancia y adolescencia produce problemas de este tipo en la edad adulta.
-El paciente reúne varios factores de riesgo para desarrollar este tumor: es agricultor (gran exposición diaria al sol), de cabello rubio, ojos azules y piel clara (mayor vulnerabilidad), fumador de más de 2 paquetes de cigarrillos/día (tabaquismo), nunca utilizó protección solar.



CONCLUSIONES

-En las curas, realizadas a diario, se constató la buena evolución de la herida. Día a día, el tejido de granulación iba creciendo y rellenando las zonas dehiscentes. Se consiguió la curación por segunda intención con una adecuada cicatrización permitiendo dar de alta al paciente al mes.
-Las curas realizadas con rigurosa asepsia aseguraron que la herida no se infectara ni se complicara el postoperatorio.
-Los productos empleados en la limpieza de la herida demostraron ser eficaces. Las tiras de Aquacel plata empleadas en las curas, humedecidas adecuadamente, resultaron ser muy efectivas en la formación de tejido de granulación y la rápida curación de la herida.
-Es necesario concienciar del peligro que supone para nuestra salud la exposición a la radiación solar sin adoptar las debidas medidas de protección.





Resumen: *En este trabajo se presenta el caso de un agricultor que, teniendo varios factores de riesgo, tras exposición solar prolongada durante años sin protección, desarrolla un carcinoma basocelular. Tras una primera intervención, precisó otras dos para limpieza de márgenes quirúrgicos y por la evolución tórpida de la herida. Planificadas 2 curas al día con suero fisiológico, agua oxigenada, povidona yodada y Aquacel plata, éstas resultaron muy efectivas. La creación de tejido de granulación se constataba a diario. Se consiguió el cierre por segunda intención con buena cicatrización. La exposición a radiación solar sin protección supone un peligro para la salud.*

Palabras Clave: *Carcinoma basocelular; tejido de granulacion; radiacion solar.*

Introducción

El Carcinoma Basocelular (CBC) es el cáncer de piel más frecuente. Se origina a partir de las células madre indiferenciadas pluripotenciales de la capa basal de la epidermis. Está en relación con exposición crónica a la radiación solar. La mayoría se localizan en cara, cuello y cabeza (zonas expuestas al sol). Suele aparecer en mayores de 50 años. Rara vez produce metástasis pero si no se trata puede crecer, invadir y destruir los tejidos circundantes.

Observación clínica

Varón de 64 años intervenido de CBC preauricular derecho. Se le realiza una 2ª intervención con ampliación de márgenes quirúrgicos (por margen profundo afectado) en la que se realiza extirpación de área fibrótica y costrosa preauricular, parotidectomía superficial derecha y reconstrucción del defecto creado mediante colgajo fasciocutáneo loco-regional de avance-deslizamiento. En el postoperatorio el paciente desarrolló dehiscencia de la herida y necrosis parcial del colgajo que requirió reintervención con desbridamiento quirúrgico de herida cervico-facial dehiscente, cierre del defecto creado mediante colgajo cervico- pectoral de deslizamiento, hemostasia cuidadosa, 2 redones del nº 14 y sutura por planos.

La posterior evolución tórpida de la herida quirúrgica con zonas de dehiscencia requirió curas diarias.

Plan de cuidados enfermeros

- Se realiza por el personal de enfermería.
- Se administra la medicación pautada: antibióticos, analgésicos, etc.
- Se toman las constantes en cada turno: temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de O_2.
- Se realizan 2 curas al día de la herida (mañana y tarde): se retira vendaje, se coloca empapador en zona del cuello, paño estéril para poner el material a utilizar y guantes estériles.
- Se lava la herida con: 1º) Jeringa de 10 ml con 5 ml de agua oxigenada y 5 ml de suero fisiológico (SF). Se deja actuar y se seca con gasa estéril. 2º) Jeringa de 10 ml con SF para lavado de la zona hasta dejar limpia. Se seca con gasa estéril. 3º) Jeringa de 10 ml de Betadine para impregnar toda la herida. Se retira sobrante con gasas estériles.

ISBN: 978-84-949197-6-3

- Se rellena la herida con una tira de Aquacel plata mojada con SF ayudándose de unas pinzas estériles. Se colocan gasas estériles para cubrir la zona y se sujetan con venda de crepé alrededor de la cabeza y cuello y trozo de esparadrapo para fijar.
- Se realiza educación sanitaria: cuidados de la piel, medidas de protección solar.

Discusión

- El CBC representa el 75% del total de los tumores malignos cutáneos. Su incidencia aumenta con la edad y es mayor en hombres que en mujeres (2/1).
- Las personas que han tenido un CBC presentan mayor riesgo de desarrollar otro con el tiempo, en la misma o distinta localización, y tienen mayor probabilidad de desarrollar otros tipos de cánceres cutáneos.
- La cirugía convencional, en este caso, no consiguió un margen de seguridad con los bordes limpios de tumor. Se necesitó de la cirugía de Mohs para asegurar la completa extirpación del tumor respetando la máxima cantidad de piel sana al permitir un control intraoperatorio de los márgenes.
- La principal causa del CBC es la exposición solar crónica acumulada a lo largo de los años. La piel tiene "memoria", y el sol acumulado durante la infancia y adolescencia produce problemas de este tipo en la edad adulta.
- El paciente reúne varios factores de riesgo para desarrollar este tumor: es agricultor (gran exposición diaria al sol), de cabello rubio, ojos azules y piel clara (mayor vulnerabilidad), fumador de más de 2 paquetes de cigarrillos/día (tabaquismo), nunca utilizó protección solar.

Conclusiones

- En las curas, realizadas a diario, se constató la buena evolución de la herida. Día a día, el tejido de granulación iba creciendo y rellenando las zonas dehiscentes. Se consiguió la curación por segunda intención con una adecuada cicatrización permitiendo dar de alta al paciente al mes.
- Las curas realizadas con rigurosa asepsia aseguraron que la herida no se infectara ni se complicara el postoperatorio.
- Los productos empleados en la limpieza de la herida demostraron ser eficaces. Las tiras de Aquacel plata empleadas en las curas, humedecidas adecuadamente, resultaron ser muy efectivas en la formación de tejido de granulación y la rápida curación de la herida.
- Es necesario concienciar del peligro que supone para nuestra salud la exposición a la radiación solar sin adoptar las debidas medidas de protección.

Bibliografía

1. https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/basal-cell-carcinoma/symptoms-causes/syc-20354187.
2. https://fundacionpielsana.es/wikiderma/carcinoma-basocelular.
3. https://dermomedic.com/dermatologia-clinica/melanoma-y-cancer-de-piel/carcinoma-basocelular/
4. https://grupopedrojaen.com/blog/el-carcinoma-basocelular-causas-diagnostico-y-tratamiento.

Capítulo 44

Carcinoma epidermoide

De Haro Moya, Estela

Casado González, Almudena

López Rivas, Sergio

Ortega Mora, Andrés

García González de Huelva Manuel

Gómez Rodrigo, Juan Ángel

ISBN: 978-84-949197-6-3

CARCINOMA EPIDERMOIDE: CELULITIS PERIORBICULAR CON ABSCESO.

HOSPITAL GENERAL DE VALDEPEÑAS,
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

ESTELA DE HARO MOYA ,ALMUDENA CASADO GONZÁLEZ, SERGIO LOPEZ RIVAS, ANDRÉS ORTEGA MORA ,MANUEL GARCIA GONZALEZ DE HUELVA Y JUAN ANGEL GÓMEZ RODRIGO.

INTRODUCCIÓN

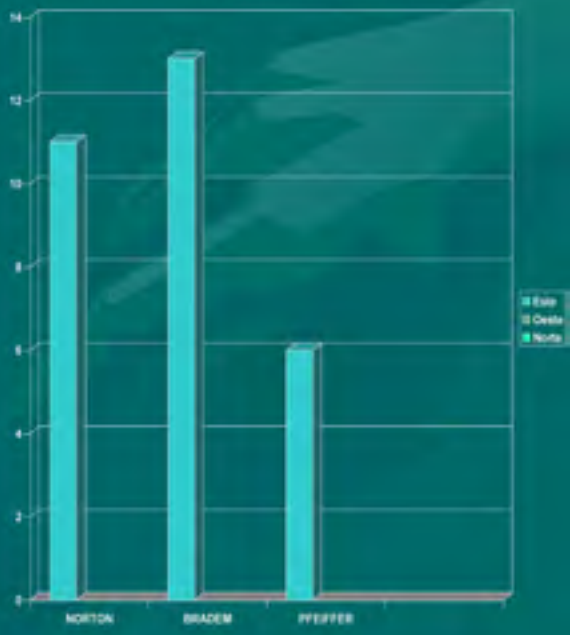
Varón de 79 años de edad.No alergias medicamentosas.
Deterioro cognitivo.
Destrucción calórica-proteica secundaria a la alteración en la ingesta.
Carcinoma de células escamosas (epidermoides)cutáneo localmente invasivo.
Valorado en por Oncología Radioterapica en nueva lesión ulcerada en órbita región supraciliar-geniana-maxilar con invasión de hueso maxilar derecho y contacto con arcada dentaria derecha

DIAGNOSTICO.

Celulitis periorbicular con absceso .
Fiebre



ESCALA NORTON MODIFICADA:11 RIESGO ALTO
BRADEM:13 PACIENTE EN RIESGO
PFEIFFER:6 ERRORES ,DETERIORO MODERADO



TRATAMIENTO.

Paciente derivada por su MAP.
Se desestima tratamiento radioteráipico valorando entre el aporte de beneficio y riesgo de toxicidad aguda y complicaciones.
Necesidad de soporte en UCP.
Se trato la fiebre con antibiótico siendo resuelta.

CONCLUSIONES

Control Fiebre
Control fotofobia

NOC 2018 SEXTA EDICCIÓN
1014Apetito
1409Autocontrol de la depresión.
1611Conducta de Compensación Visual.
1842Conocimiento:Control de la Infección.
3209Conocimiento:Manejo de las Heridas.
1851Conocimiento:Manejo Depresión
1853Conocimiento:Manejo del dolor
1814Conocimiento :Proceso de la Enfermedad.
1896Conocimiento:Recursos Sanitarios.
1924Control del Riesgo:Proceso Infeccioso.
2813Control del Riesgo Social:Suicidio.
0909Estado Neurológico.
1200Imagen Corporal

NIC 2018 SÉPTIMA EDICCIÓN
2300Administración Medicación
6630Aislamiento
5270Apoyo Emocional
1800Ayuda Autocuidado
6540Control Infecciones
7310Cuidados Enfermería al Ingreso
3660Cuidados heridas
1640Cuidados ojos
6482Manejo Ambiental:Confort
6460Manejo Demencia
0180Manejo Energía
1100Manejo Nutrición
2380Manejo Medicación
5230Mejorar afrontamiento

BIBLIOGRAFIA

Salus play actualizaciones NOC Y NIC

Resumen: *Paciente varón de 79 años de edad. Diagnosticado de carcinoma de células escamosas cutáneas, localmente invasivo. Valorado por oncología radioterápica, lesión supraciliar-geniana maxilar, con invasión en el hueso maxilar derecho y en contacto con la arcada dentaria del mismo lado.*

Ingresa en el hospital derivado por su médico de atención primaria por el siguiente diagnostico: Fiebre y celulitis periorbicular con absceso.

Se trató la infección que fue la desencadentae del estado febril con antibioterapia.

Se desestimó tratamiento radioterápico y se valoró la necesidad de ser controlado por la unidad de cuidados paliativos.

Palabras Clave: *Epidermoide; fotofobia; celulitis.*

Material y métodos

Ingresa en la planta de Medicina Interna del Hospital, paciente varón de 79 años de edad.

Patologías:

- Deterioro Cognitivo.
- Destrucción calórica-protéica secundaria a la ingesta.
- Carcinoma de células escamosas(epidermoides)cutáneo,localmente invasivo.
- Valorado por el Servicio de Oncología Radioterapica por nueva lesión ulcerada en órbita, región supraciliar-geniana-maxilar con invasión del hueso maxilar derecho y en contacto con la arcada dentaria derecha.
- Al realizarle las diferentes escalas, encontramos los siguientes resultados:
- Escala de Norton Modificada: 11 puntos. Riesgo Alto.
- Escala Braden: 13 puntos. Paciente en Riesgo.
- Escala Pfeiffer: 6 errores. Deterioro Moderado.

Diagnostico:

- Fiebre.
- Celulitis periorbicular con absceso.

Tratamiento:

- Antibioterapia para la fiebre,quedó resuelto satisfactoriamente.
- Se desestimó tratamiento radioterápico,valorando entre el beneficio y riesgo de toxicidad aguda y complicaciones.
- Necesidad de soporte en la Unidad de Cuidados Paliativos.

NOC 2018 sexta edición:

1014 Apetito

1409 Autocontrol de la depresión.

ISBN: 978-84-949197-6-3

1611 Conducta de Compensación.

1842 Conocimiento:Control de la Intección.

3209 Conocimiento:Manejo Depresión.

1853 Conocimiento:Manejo del Dolor.

1814 Conocimiento:Proceso de la Enfermedad.

1896 Conocimiento:Recursos Sanitarios.

1924 Control del Riesgo:Proceso Infeccioso.

2813 Control del Riesgo Social:Suicidio.

0909 Estado Neurologico.

1200 Imagen Corporal.

NIC 2018 séptima edición:

2300 Administración Medicación.

6630 Aislamiento.

5270 Apoyo Emocional.

1800 Ayuda Autocuidado.

6540 Control Infecciones.

7310 Cuidados Enfermería al Ingreso.

3660 Cuidados Heridas.

1640 Cuidados Ojos.

6482 Manejo Ambiental=Confort.

6460 Manejo Demencia.

0180 Manejo Energía.

1100 Manejo Nutrición.

2380 Manejo Medicación.

5230 Mejorar Afrontamiento.

Conclusiones

- Control Fiebre.
- Control Fotofobia.

Bibliografía

1. https://www.salusplay.com/blog/novedades.7edición-clasificacion-intervenciones-enfermeria-nic-2018/.
2. https://www.saluplay.com/blog/clasificación-completa-resultados-enfermeria-noc-2018/ Manual Normon. Octava edición. Capítulo 47. Tercera Parte.

Capítulo 45

Caso clínico: Terapia HIFU

Sáez Cuesta, Teresa

Pinilla González-Gallego, Sagrario

Blanco Pozo, Isabel

López Rodríguez, Rocío

Sánchez Fernández, Rosa María

Alonso Diego, Isabel

CASO CLÍNICO : TERAPIA HIFU

INTRODUCCIÓN

La terapia HIFU consiste en la aplicación de un haz de ultrasonidos focalizados de alta intensidad. Las ondas de ultrasonidos se dirigen hacia el tejido a tratar mediante el transductor HIFU, provocando en el punto focal un incremento de temperatura (65 -100ºC) que causa necrosis coagulativa (ablación térmica) en un área bien definida hasta destruir las células enfermas del mioma. Con la particularidad de que los tejidos colindantes no quedan afectados. Es una técnica no invasiva que se aplica en medicina para el tratamiento de tumores sólidos benignos y malignos.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Paciente de 44 años diagnosticada de mioma uterino intramural subseroso que es intervenida mediante técnica HIFU en octubre de 2018. Acude a consulta de enfermería por complicación de terapia presentando quemadura de 2º grado en la zona de aplicación. La evolución es desfavorable apareciendo placa necrótica que requiere desbridamiento enzimático y quirúrgico, afectando a planos más profundos (quemadura 3º grado).

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS

Durante la valoración del estado de la paciente observamos los siguientes patrones alterados estableciendo los diagnósticos de enfermería y el correspondiente plan de cuidados:

Dominio 0011 seguridad/protección

CLASE 0002
Lesión física

00044. Deterioro de la integridad tisular

NOC.1101.Integridad tisular piel y mucosas
1103.Curación de la herida segunda intención

Indicadores.
110312.Resolución de la necrosis(5)
110304.Resolución de la secreción serosa(5)
110318.Resolución del tamaño de la herida(5)

NIC. 3590.Vigilancia de la piel. 3660.Cuidados de las heridas

Dominio 0012 confort

CLASE 0001
Confort físico

00132. Dolor agudo

NOC.1605.Control del dolor
2102.Nivel del dolor

Indicadores.
160509.Reconoce los síntomas del dolor(4)
210205.Expresiones orales de dolor(3)

NIC.1400.Manejo del dolor
2380.Manejo de la medicación

Dominio 0009 Afrontamiento / tolerancia al estrés

CLASE 0002
Respuesta de afrontamiento

00146. Ansiedad

NOC.1302.Superación de problemas
1402.Control de la ansiedad

Indicadores.
130208.Se adapta a los cambios en desarrollo(4)
140206.Utiliza técnicas de superación efectivas(4)

NIC. 4920.Escucha activa
5270.Apoyo emocional
5240.Asesoramiento



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Resumen: *La terapia HIFU,en el tratamiento de miomas , consiste en la aplicación de un haz de ultrasonidos focalizados de alta intensidad. Las ondas de ultrasonidos se dirigen hacia el tejido a tratar mediante el tansductor HIFU, provocando en el punto focal un incremento de temperatura (65 -100ºC) que causa necrosis coagulativa (ablación térmica) en un área bien definida hasta destruir las células enfermas del mioma.*

Con la particularidad de que los tejidos colindantes no quedan afectados. Es una técnica no invasiva que se aplica en medicina para el tratamiento de tumores sólidos benignos y malignos.

Palabras Clave: *Terapia; Mioma; Hifu.*

Paciente de 44 años diagnosticada de mioma uterino intramural subseroso que es intervenida mediante técnica HIFU en octubre de 2018. Acude a consulta de enfermería por complicación de terapia presentando quemadura de 2º grado en la zona de aplicación. La evolución es desfavorable apareciendo placa necrótica que requiere desbridamiento enzimático y quirúrgico, afectando a planos más profundos (quemadura 3º grado).

Durante la valoración del estado de la paciente observamos los siguientes patrones alterados estableciendo los diagnósticos de enfermería y el correspondiente plan de cuidados :

DOMINIO 0011 seguridad / protección. CLASE 0002 lesión física. 00044 Deterioro de la integridad tisular. NOC.1101. Integridad tisular piel y mucosas. 1103. Curación de la herida por segunda intención. INDICADORES. 110312 Resolución de la necrosis (5). 110304. Resolución de la secreción serosa(5). 110318. Resolución del tamaño de la herida (5). NIC.3590. Vigilancia de la piel. 3660.Cuidados de las heridas.

DOMINIO 0012 confort. CLASE 0001 confort físico. 00132.Dolor agudo. NOC.1605. Control del dolor. 2102. Nivel de dolor. INDICADORES. 160509. Reconoce los síntomas del dolor (4). 210205. Expresiones orales de dolor (3). NIC.1400. Manejo del dolor. 2308. Manejo de la medicación.

DOMINIO 0009 afrontamiento/tolerancia al estrés. CLASE 0002 respuesta de afrontamiento.00146.Ansiedad. NOC. 1302. Superación de problemas. 1402. Control de la ansiedad. INDICADORES. 130208. Se adapta a los cambios en desarrollo (4). 140206. Utiliza técnicas de superación efectivas (4). NIC. 4920. Escucha activa. 5270. Apoyo emocional. 5240. Asesoramiento.

Aunque con esta técnica están descritas, como complicación, ligeras quemaduras en la piel en menos del 5 % de los casos, en éste en concreto, se produjeron quemaduras que evolucionaron hasta un 3º grado. Tras el plan de cuidados establecido a la paciente podemos decir que su evolución ha sido favorable. La utilización de la herramienta metodológica de enfermería permite la realización de un tratamiento estandarizado para así disminuir la variabilidad en la práctica, estableciendo unos objetivos y unas intervenciones y poder medir los resultados en salud de las actuaciones enfermeras.

Bibliografía:

1. Pessarrodona A., Iserm J., Rodriguez J., Vallejo E., Cassado J. Tratamiento de los miomas uterinos mediante ultrasonidos de alta intensidad. ELSEVIER. Vol 141. NºS1.p.1-61 julio 2013.

ISBN: 978-84-949197-6-3

2. Escalona López S., Reza Goyanes M., Blasco Amaro J.A. Robótica en el tratamiento de tumores: eficacia, seguridad e impacto económico de equipos de ultrasonidos de alta intensidad. Unidad de evaluación de tecnologías sanitarias. Agencia Laín Entralgo 2008- UETSNº2006/09.

3. Martínez Ferez I.M. Ultrasonidos focalizados guiados por resonancia magnética para la ablación de miomas uterinos. Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias de Andalucía AETSA 2010/2-4.

4. Butcher H.R., Bulecher G.M., Dochteman J.M., Wagner CH.M. Clasificación de intervenciones de enfermería NIC. Elsevier 7ª edición 2018.

5. Moorhead S., Swanson E., Johnson M., Maas M.L. Clasificación de resultados de enfermería NOC. Elsevier. 6ª Edición 2018.

Capítulo 46

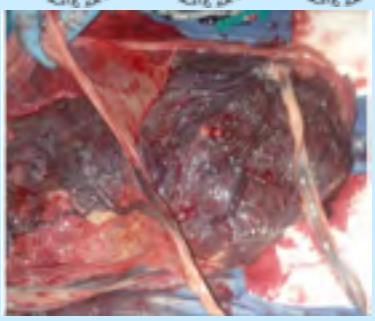
Caso clínico. Anomalías placentarias en parto gemelar

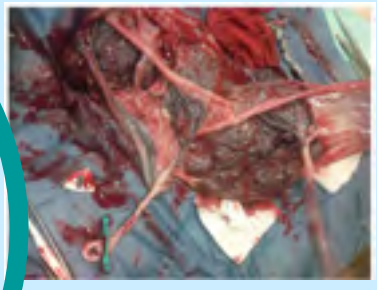
Carabaño Mayorga, Ángela

Caso Clínico:

ANOMALÍAS PLACENTARIAS EN PARTO GEMELAR








Se presuponía: ***Bicorial bivitelina***

Se hallan dos placentas unidas parcialmente con cotiledones en común, con bolsas independientes que comparten parte de una pared.

Succenturiata, cotiledones aberrantes e inserción velamentosa

Placenta 1:
mayor tamaño e inserción terminal del cordón umbilical.

Placenta 2:
dos cotiledones semiindependientes e Inserción umbilical velamentosa, cuya vena umbilical se bifurcaba hacia la primera placenta

RIESGO DE TRANSFUSIÓN FETO-FETAL

DESCRIPCIÓN

Gestante de 38 años
Primigesta G1
Embarazo gemelar espontáneo

Inducción de parto:
Posición de ambos fetos: cefálica y longitudinal
37+2 semanas de gestación

No patologías durante el embarazo.

Analgesia epidural.

Bicorial bivitelina



Ingreso en dilatación: 18:00h.
Amniorresis artificial: 19:15h (líquido claro).

Tiempo de dilatación: 10h
Tiempo de bolsa rota: 4h 40'

Feto 1 – MUJER
Hora del nacimiento: 23:40h
- peso: 2.565grs
- APGAR 10/10
- pH: 7,34

Feto 2 – MUJER
Hora del nacimiento: 23:46h
- peso: 1.710grs
- APGAR 10/10
- pH: 7,22

Tipo de registro: IA
Tiempo de alumbramiento 15'

XI CONGRESO DE INVESTIGACIÓN
UCLM
SATSE
Fuden

Resumen: *El embarazo múltiple supone mayores riesgos de complicaciones, entre las que encontramos las siguientes: Parto y nacimiento prematuros, hipertensión gestacional, anemia, aborto espontáneo, hemorragias postparto, etc. Y entre dichas complicaciones cabe destacar el Síndrome de Transfusión Feto-fetal, caracterizado porque la sangre se desvía desde un feto hacia el otro a través de las conexiones de vasos sanguíneos en una placenta compartida. Se produce en alrededor del 10 % de los gemelos monocigóticos*

En el presente caso clínico se describen las particularidades de un parto gemelar inducido cuyas placentas presentan considerables anomalías, con el consecuente riesgo de transfusión feto-fetal.

Palabras Clave: *Embarazo gemelar; transfusión feto-fetal; placenta.*

Descripción del caso clínico:

Mujer de 38 años, primigesta con embarazo gemerlar, ingresa de manera programada para inducción de parto a las 37+2 semanas de gestación.

Embarazo gemelar, bicorial biamniótico, ambos fetos femeninos, en posición cefálica y situación longitudinal.

No patologías previas ni durante el embarazo, no alergias medicamentosas conocidas, no tratamientos habituales salvo polivitaminicos gestacionales, ni intervenciones quirúrgicas.

Hora de ingreso en dilatación: 18:00 h.

Inicio de inducción con oxitocina intravenosa.

Analgesia epidural.

Amniorresis artificial: 19:15 h (líquido claro).

Monitorización: Monitorización interna de feto 1, monitorización externa de feto 2.

Tiempo de dilatación: 10 h.

Tiempo de bolsa rota: 4 h 40’.

Parto eutócico de ambos gemelos.

Feto 1: Hora nacimiento: 23:40 h; peso: 2.565 grs; APGAR 10/10; pH: 7,34.

Feto 2: Hora del parto: 23:46 h; peso: 1.710 grs; APGAR 10/10; pH: 7,22.

Tipo de registro: IA.

Tiempo de alumbramiento 15’.

Características de las placentas:

- Se presuponía: Bicorial bivitelina
- Se hayan dos placentas unidas parcialmente con cotiledones en común, con bolsas in-

ISBN: 978-84-949197-6-3

dependientes que comparten parte de una pared. La placenta del primer feto de mayor tamaño e inserción terminal del cordón umbilical. La placenta del segundo feto presenta dos cotiledones semiindependientes e inserción umbilical velamentosa, cuya vena umbilical se bifurcaba hacia la primera placenta.

Diagnóstico: Placenta Succenturiata, cotiledones aberrantes e inserción velamentosa

Se remiten a anatomía patológica para su estudio.

Todas las características que engloban al caso son susceptibles de incrementar el Riesgo de transfusión feto-fetal.

Bibliografía

1. Roberts D, Neilson JP, Kilby MD, Gates S. Interventions for the treatment of twin-twin transfusion syndrome. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 1. Art. No.: CD002073. DOI: 10.1002/14651858.CD002073.pub3.
2. Dodd JM, Deussen AR, Grivell RM, Crowther CA. Elective birth at 37 weeks' gestation for women with an uncomplicated twin pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 2. Art. Nº.: CD003582. DOI: 10.1002/14651858.CD003582.pub2.
3. Baergen RN. Kurt Benirschke, MD (1924-2018): Pioneer in Perinatal and Placental Pathology. Pediatr Dev Pathol. 2019 Apr 19:1093526619843723. doi: 10.1177/1093526619843723. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 31003591.
4. Bautista TN, Krebs TL, Jnah A, Newberry D. Twin-to-Twin Transfusion Syndrome: A Case Report. Neonatal Netw. 2018 Sep;37(5):292-302. doi: 10.1891/0730-0832.37.5.292. Epub 2018 Sep 1. Review. PubMed PMID: 30567811.
5. Boiko VI, Boychuk AV, Nikitina IM, Babar TV, Boiko AV, Bolotna MA. Basic clinical and pathogenetic aspects of developing the complications during multiple pregnancies. Wiad Lek. 2019;72(1):52-55. PubMed PMID: 30796862.

Capítulo 47

Caso clínico. Enfermedad de Kawasaki en menor de dos años

Ponce Cañizares, Elisabet

Muñoz Pinilla, Julia

Caso clínico: Enfermedad de Kawasaki en menor de dos años

Introducción



La enfermedad de Kawasaki o también llamado Síndrome Linfodenomucocutáneo, es la afección que provoca inflamación en los vasos sanguíneos. Es considerada una vasculitis aguda multisistémica complicada por producir alteraciones en las arterias coronarias y desregulación inmunológica. De etiología desconocida. No es contagiosa. Es diagnosticada por la sintomatología que presenta. En los países desarrollados se ha transformado en la primera causa de enfermedad cardiovascular adquirida en la infancia entre los 0-5 años.

Algunos de los síntomas son:

- Fiebre alta que dura más de cinco días
- Inyección conjuntival bilateral
- Picor en la sección media y en la zona genital
- Lesiones orales como labios rojos y partidos, lengua aframbuesada
- Adenopatía cervical unilateral
- Eritema con induración en palmas y plantas de pies.
- Sintomatología digestiva: diarrea, dolor abdominal, hepatomegalia, etc

El objetivo terapéutico es disminuir la inflamación de las arterias coronarias y del miocardio, aliviar los síntomas y prevenir la trombosis mediante la inhibición de la agregación plaquetaria.

Observación clínica

Menor de dos años de edad a la cual llevan sus padres a urgencias por exantema y fiebre.

- **Antecedentes**: niña sana
- **Enfermedad actual**: presenta fiebre desde hace 4 días llegando a alcanzar los 40.9ºC, posterior hiperemia conjuntival sin secreción e inflamación de las manos.
- **Exploración física**: exantema en cara, tronco y extremidades, compuesto de lesiones maculopapulosas eritematosas, confluentes, reticulado. Edema en ambas manos. Hiperemia conjuntival no purulenta bilateral. Orofaringe con intenso enantema, no labios fisurados, lengua aframbuesada.
- **Pruebas complementarias**:
  - Analítica sanguínea: leucocitos, RDW, glucosa, creatinina, sodio y proteína C reactiva elevadas.
  - Analítica de orina: sangre +
  - ECG: taquicárdica 156lpm, resto sin alteraciones.
  - Ecocardiograma: sin datos de afectación.
- **Diagnostico**: Enfermedad de Kawasaki
- **Plan**: ingreso para tratamiento, cuidados y observación de enfermería.





Plan de cuidados enfermeros (principales diagnósticos)

Diagnósticos NANDA	Intervenciones NIC	Resultados NOC
00046 Deterioro de la Integridad Cutánea	1100 Manejo de la nutrición 3590 Vigilancia de la piel 3660 Cuidados de las heridas	1004 Estado nutricional 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas
00092 Intolerancia a la Actividad	4040 Cuidados cardíacos 180 Manejo de energía 1801 Ayuda con los autocuidados: baño / higiene 1802 ayuda con los autocuidados vestir/arreglo personal	5 Tolerancia de la actividad 300 cuidados personales: actividades de la vida diaria 2 Conservación de la energía
00002 Desequilibrio Nutricional por defecto	2080 Manejo de líquidos / electrolitos 1100 Manejo de la nutrición	1008 Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos 1612 Control de peso
00005 Riesgo de desequilibrio de la Temperatura corporal	3900 Regulación de la temperatura 4120 Manejo de líquidos 6480 Manejo ambiental 6680 Monitorización de los signos vitales	602 Hidratación 800 Termorregulación 1902 Control del riesgo 1908 Detección del riesgo
00045 deterioro de la mucosa oral	1730 Restablecimiento de la salud bucal	308 Cuidados personales: higiene bucal

Durante el tiempo de ingreso las enfermeras nos encargamos de seguir el plan de cuidados descrito anteriormente en el cual:

1. Identificamos signos y síntomas propios de la enfermedad.
2. Administramos el tratamiento prescrito:
   - Acido acetil salicílico
   - Inmunoglobulina humana
   - Paracetamol
   - Suero glucosalino
3. Controlamos las constantes vitales, bajando la temperatura corporal con antitérmicos y medios físicos.
4. Evitamos el uso de jabones, cuidamos piel, mucosas y conjuntiva.
5. Evitamos que se restriegue los ojos y se rasque el exantema.
6. Ofrecimos líquidos al niño para evitar la deshidratación y fomentamos la ingesta de nutrientes.
7. Elevamos las extremidades por edemas y realizamos cambios posturales.
8. Llevamos una higiene de boca muy estricta en la paciente.
9. Fomentamos el descanso.
10. Dimos educación sanitaria a los padres para identificar signos de alarma como pueden ser el dolor torácico, disnea…

Discusión y conclusiones

La enfermedad de Kawasaki es de etiología desconocida aunque hay una hipótesis basada en que ésta puede producirse por una respuesta inmunológica contra un agente infeccioso o antígeno que aún no se ha podido identificar. El diagnóstico se basa en la clínica que presenta el paciente y puede confundirse con otras enfermedades, por lo que debe estudiarse con el fin de instaurar un tratamiento precoz para tratar de evitar principalmente las complicaciones cardiovasculares que puedan causar la muerte del paciente. El papel de enfermería radica en el cuidado eficaz de estos niños al reducir los síntomas que causan malestar e incomodidad y evitando que se presenten complicaciones que pongan en peligro su vida. En este caso la enfermedad se detecto a tiempo, no habiendo afectaciones graves, tras el tratamiento remitieron los síntomas y la paciente fue dada de alta hospitalaria.

Resumen: *La enfermedad de Kawasaki o también llamado Síndrome Linfodenomucocutáneo, es la afección que provoca inflamación en los vasos sanguíneos. Es considerada una vasculitis aguda multisistémica complicada por producir alteraciones en las arterias coronarias y desregulación inmunológica. De etiología desconocida. No es contagiosa. Es diagnosticada por la sintomatología que presenta. En los países desarrollados se ha transformado en la primera causa de enfermedad cardiovascular adquirida en la infancia entre los 0-5 años.*

En el caso que se nos presenta podemos observar, signos y sintomas significativos como hipertermia, hiperemia conjuntival, lengua aframbuesada y como son tratados.

Palabras Clave: *Síndrome Mucocutáneo Linfonodular; hiperemia; vasculitis.*

Introducción

La enfermedad de Kawasaki o también llamado Síndrome Linfodenomucocutáneo, es la afección que provoca inflamación en los vasos sanguíneos. Es considerada una vasculitis aguda multisistémica complicada por producir alteraciones en las arterias coronarias y desregulación inmunológica. De etiología desconocida. No es contagiosa. Es diagnosticada por la sintomatología que presenta. En los países desarrollados se ha transformado en la primera causa de enfermedad cardiovascular adquirida en la infancia entre los 0-5 años.

Algunos de los síntomas son:

- Fiebre alta que dura más de cinco días.
- Inyección conjuntival bilateral.
- Picor en la sección media y en la zona genital.
- Lesiones orales como labios rojos y partidos, lengua aframbuesada.
- Adenopatía cervical unilateral.
- Eritema con induración en palmas y plantas de pies.
- Sintomatología digestiva: Diarrea, dolor abdominal, hepatomegalia, etc.

Objetivo

El objetivo terapéutico es disminuir la inflamación de las arterias coronarias y del miocardio, aliviar los síntomas y prevenir la trombosis mediante la inhibición de la agregación plaquetaria.

Observación clínica

Menor de dos años de edad a la cual llevan sus padres a urgencias por exantema y fiebre.

- Antecedentes: Niña sana.
- Enfermedad actual: Presenta fiebre desde hace 4 días llegando a alcanzar los 40,9º C, posterior hiperemia conjuntival sin secreción e inflamación de las manos.

ISBN: 978-84-949197-6-3

- Exploración física: Exantema en cara, tronco y extremidades, compuesto de lesiones maculopapulosas eritematosas, confluentes, reticulado. Edema en ambas manos. Hiperemia conjuntival no purulenta bilateral. Orofaringe con intenso enantema, no labios fisurados, lengua aframbuesada.
- Pruebas complementarias:
  - Analítica sanguínea: leucocitos, RDW, glucosa, creatinina, sodio y proteína C reactiva elevadas.
  - Analítica de orina: sangre +
  - ECG: taquicárdica 156lpm, resto sin alteraciones.
  - Ecocardiograma: sin datos de afectación.
  - Diagnostico: Enfermedad de Kawasaki
  - Plan: Ingreso para tratamiento, cuidados y observación de enfermería.
- Plan de cuidados enfermeros (principales diagnósticos):

Diagnósticos NANDA

- 00046 Deterioro de la integridad cutánea.
- 00092 Intolerancia a la actividad.
- 00002 Desequilibrio nutricional por defecto.
- 00005 Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal.
- 00045 deterioro de la mucosa oral.

Intervenciones NIC

- 1100 Manejo de la nutrición.
- 3590 Vigilancia de la piel.
- 3660 Cuidados de las heridas.
- 4040 Cuidados cardíacos.
- 180 Manejo de energía.
- 1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene.
- 1802 ayuda con los autocuidados vestir/arreglo personal.
- 2080 Manejo de líquidos/electrolitos.
- 1100 Manejo de la nutrición.
- 3900 Regulación de la temperatura.
- 4120 Manejo de líquidos.
- 6480 Manejo ambiental.

- 6680 Monitorización de los signos vitales.
- 1730 Restablecimiento de la salud bucal.

Resultados NOC

- 1004 Estado nutricional.
- 1101 Integridad tisular: Piel y membranas mucosas.
- 5 Tolerancia de la actividad.
- 300 cuidados personales: Actividades de la vida diaria.
- 2 Conservación de la energía.
- 1008 Estado nutricional: Ingestión alimentaria y de líquidos.
- 1612 Control de peso.
- 602 Hidratación.
- 800 Termorregulación.
- 1902 Control del riesgo.
- 1908 Detección del riesgo.
- 308 Cuidados personales: Higiene bucal.

Durante el tiempo de ingreso las enfermeras nos encargamos de seguir el plan de cuidados descrito anteriormente en el cual:

- Identificamos signos y síntomas propios de la enfermedad.
- Administramos el tratamiento prescrito:
  - Acido acetil salicílico.
  - Inmunoglobulina humana.
  - Paracetamol.
  - Suero glucosalino.
- Controlamos las constantes vitales, bajando la temperatura corporal con antitérmicos y medios físicos.
- Evitamos el uso de jabones, cuidamos piel, mucosas y conjuntiva.
- Evitamos que se restriegue los ojos y se rasque el exantema.
- Ofrecimos líquidos al niño para evitar la deshidratación y fomentamos la ingesta de nutrientes.
- Elevamos las extremidades por edemas y realizamos cambios posturales.
- Llevamos una higiene de boca muy estricta en la paciente.
- Fomentamos el descanso.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Dimos educación sanitaria a los padres para identificar signos de alarma como pueden ser el dolor torácico, disnea…

Discusión y conclusiones

La enfermedad de Kawasaki es de etiología desconocida aunque hay una hipótesis basada en que ésta puede producirse por una respuesta inmunológica contra un agente infeccioso o antígeno que aún no se ha podido identificar. El diagnóstico se basa en la clínica que presenta el paciente y puede confundirse con otras enfermedades, por lo que debe estudiarse con el fin de instaurar un tratamiento precoz para tratar de evitar principalmente las complicaciones cardiovasculares que puedan causar la muerte del paciente. El papel de enfermería radica en el cuidado eficaz de estos niños al reducir los síntomas que causan malestar e incomodidad y evitando que se presenten complicaciones que pongan en peligro su vida. En este caso la enfermedad se detecto a tiempo, no habiendo afectaciones graves, tras el tratamiento remitieron los síntomas y la paciente fue dada de alta hospitalaria.

Bibliografía

1. Son MBF, Newburger JW, Kawasaki disease. Pediatr Rev 2018; 39: 78-90.
2. Garrido-García LM, Soto-Blanquel JL, Espinosa-Rosales FJ. Enfermedad de Kawasaki: cuadro clínico, exámenes de laboratorio y lesiones coronarias. Acta Pediatr Méx 2015; 36: 314-21.
3. McCrindle BW, Rowley AH, Newburger JW, Burns JC, Bolger AF, Gewitz M, et al. Diagnosis, treatment, and long-term management of Kawasaki disease: a scientific statement for health professionals from the American Heart Association. Circulation 2017; 135(17): e927-99.

Capítulo 48

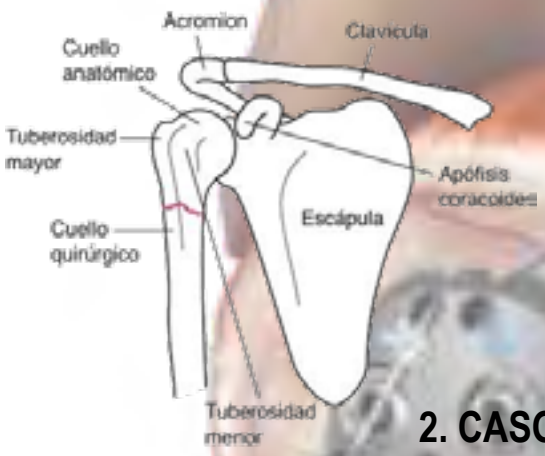
Caso clínico. Fractura del húmero próximal y tratamiento con osteosíntesis

Vidal Arenas, Mónica

Camacho Rodríguez, Irene

Rodríguez Lillo, María del Carmen

CASO CLÍNICO: FRACTURA DE HÚMERO PROXIMAL Y TRATAMIENTO CON OSTEOSÍNTESIS



1. INTRODUCCIÓN

Objetivos

- ✓ Reducción de fragmentos
- ✓ Fractura estable
- ✓ Mantener vascularización
- ✓ Precoz movilización

Placa Philos



2. CASO CLÍNICO



Paciente de 22 años refiere dolor e impotencia funcional en hombro izquierdo, sin afectación neurovascular.

En Rx se aprecia fractura subcapital de húmero proximal con desplazamiento de la cabeza humeral.

Se administra analgesia de 3º escalón y se realiza preoperatorio para tratamiento quirúrgico

Bajo anestesia general y bloqueo loco-regional, colocación de osteosíntesis (Placa Philos y tornillos de fijación).

AP: microhematuria y síndrome de Raynaud. No IQ previas.

3. PLAN DE CUIDADOS

NANDA	NOC	NIC
Ansiedad	Afrontamiento de problemas Autocontrol de ansiedad	Apoyo emocional Aumentar el afrontamiento
Deterioro movilidad física	Movilidad Conocimiento: actividad prescrita	Manejo del dolor Ayuda con los autocuidados: baño/ higiene
Deterioro patrón del sueño	Descanso Sueño	Manejo ambiental: confort Mejorar el sueño
Riesgo de infección	Integridad tisular: piel y mucosas Detección del Riesgo	Control de infecciones Cuidados de las heridas

➢ *EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA*

- Alta al 3º día postoperatorio y comienzo de rehabilitación.
- Consolidación y osificación adecuada.
- Movilización pasiva completa, molestias en rotación externa activa.

4. DISCUSIÓN Y RESULTADOS

El material de osteosíntesis como tratamiento quirúrgico de una fractura permite estabilizarla cuando la inmovilización y fijación externa no consigue la reducción de los fragmentos.

Resumen: *Se presenta el caso clínico de una paciente joven que es ingresada por dolor e impotencia funcional en su hombro izquierdo.*

Desde las primeras valoraciones, se decide tratamiento quirúrgico consistente en la colocación de material de osteosíntesis consiguiendo la reducción de fragmentos óseos y una osificación y consolidación satisfactoria de la fractura humeral que presenta.

Además, se incluyen cuidados postoperatorios y una valoración de la movilidad articular y radiológica; teniendo en cuenta el proceso rehabilitador para conseguir una movilidad del hombro prácticamente completa.

Se demuestra así la efectividad de la placa Philos en el manejo quirúrgico de fracturas humerales proximales.

Palabras Clave: *Osteosíntesis; húmero; fractura.*

Introducción

Recuerdo anatómico del húmero

El húmero es un hueso largo que se articula en la parte superior con la escápula y en la parte inferior con el cúbito y el radio.

En su parte proximal se encuentra la cabeza humeral, separada del resto del hueso por una porción estrecha llamada cuello anatómico. Por debajo de la cabeza, se sitúa el cuello quirúrgico, que constituye la unión entre la cabeza del húmero con el cuerpo del hueso.

Fractura

Nuestro caso clínico presenta a una paciente con fractura subcapital de húmero izquierdo, con importante desplazamiento de la cabeza humeral.

Osteosíntesis

Es el tratamiento quirúrgico de las fracturas mediante la colocación de implantes. Se basa en 3 principios: Reducción anatómica, inmovilización y fijación de los fragmentos óseos.

Objetivos:

- Reducción anatómica de los fragmentos.
- Estabilización de la fractura.
- Mantenimiento de la vascularización de los fragmentos óseos y partes blandas.
- Prevención de lesiones por inmovilización.

Complicaciones

Las complicaciones del tratamiento quirúrgico de una fractura son:

- Retraso en la consolidación.
- Pseudoartrosis.
- Rigidez articular.

ISBN: 978-84-949197-6-3

- Atrofia de Sudeck o distrofia simpático-refleja.
- Necrosis avascular y miositisosificante,.
- Derivadas de la herida quirúrgica (infección de la herida, deshicencia…).

Observación Clínica

Paciente de 22 años llega al SUH tras atropello por vehículo, refiriendo dolor y severa impotencia funcional en hombro izquierdo. A su llegada, mantiene constantes estables y buen nivel de consciencia. Se explora movilidad y sensibilidad del miembro, sin afectación neurovascular aparente.

Se realiza radiografía, mediante la cual se diagnostica fractura subcapital de húmero proximal izquierdo con desplazamiento del húmero en posición anterior respecto a la cabeza humeral. Además, se realiza TAC, descartando así alteración neurovascular.

Tras ser valorada por traumatólogo, el cual decide tratamiento quirúrgico, se administra analgesia de 3º escalón y se realiza preoperatorio completo.

Doce horas después y tras mantener ayunas, la paciente es intervenida para reducción de la fractura mediante colocación de material de osteosíntesis.

Plan de cuidados

Valoración según necesidades

Siguiendo el modelo de patrones funcionales de Marjory Gordon:

1. Percepción de la salud. NO ALTERADO.
2. Nutricional-metabólico. ALTERADO.
3. Eliminación. ALTERADO.
4. Actividad-ejercicio. ALTERADO.
5. Sueño-descanso. ALTERADO.
6. Cognitivo-perceptivo. NO ALTERADO.
7. Autopercepción-Autoconcepto. ALTERADO.
8. Rol-relaciones. ALTERADO.
9. Sexualidad-reproducción. NO ALTERADO.
10. Tolerancia al estrés. NO ALTERADO.
11. Valores-creencias. NO ALTERADO.

Diagnósticos de Enfermería (NANDA)

- Dolor agudo (00132).
- Deterioro de la movilidad física (00085).
- Déficit de autocuidados: baño (00108).
- Estreñimiento (000119).
- Trastorno de la imagen corporal (00118).
- Deterioro del patrón del sueño (00095).

- Ansiedad (00146).
- Riesgo de infección (00004).

Fase de planificación (NOC) Y Fase de ejecución (NIC)

Se van a desarrollar como ejemplos dos de los diagnósticos antes formulados.

- DIAGNÓSTICO 1: ANSIEDAD. (00146)

NOC: OBJETIVOS

1302. Afrontamiento de problemas

1402. Autocontrol de ansiedad

NIC: INTERVENCIONES

5270. Apoyo emocional

Comentar la experiencia emocional con el paciente

Realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo

5230. Aumentar el afrontamiento

Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad y ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.

- DIAGNÓSTICO 2: DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA (00085)

NOC: OBJETIVOS

0208. Movilidad

1811. Conocimiento: actividad prescrita

NIC: INTERVENCIONES

1400. Manejo del dolor

Realizar una valoración exhaustiva del dolor.

Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida

1801. Ayuda con los autocuidados: baño/ higiene

Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.

Proporcionar los objetos personales deseados.

Evaluación. Evolución postoperatoria

1º mes:

- Alta en 3º día postoperatorio
- Rehabilitación (movilizaciones pasivas).
- Valoración Traumatólogo y radiografías de control.

3º mes:

- Valoración Traumatólogo:
  - · Molestias en rotación interna y externa
  - · Dolor tolerable a maniobras pasivas.

ISBN: 978-84-949197-6-3

· Se evitan esfuerzos en últimos grados de movilidad.

- Radiografía de control:

· Signos de osificación indirecta y buena evolución del proceso de consolidación.

8º mes:

- Valoración Traumatólogo:

· Movilización completa pasiva, con molestias leves-moderadas en últimos grados de rotación externa y abducción de 60-80º.

· Cicatriz queloide.

- Radiografía de control:

· Consolidación satisfactoria.

Recomendaciones tras alta hospitalaria

- Curas de la herida quirúrgica cada 2-3 días y retirada puntos en el Centro de Salud.
- Iniciar rehabilitación hasta ser dada de alta por dicho Servicio.
- Control de su estado general y medicación, supervisado por su médico de familia.
- Acudir a urgencias, si presenta mala evolución clínica:
  · Fiebre superior a 38ºC
  · Dolor o tumefacción de la extremidad
  · Dificultad respiratoria
  · Manchado hemático o no hemático abundante en apósitos y vendaje
  · Enrojecimiento, supuración, deshiscencia o fistulación de la herida quirúrgica.

Discusión y resultados

Tras los controles radiológicos postoperatorios en los que se evidencia una adecuada osificación y consolidación de la fractura, se valora la posibilidad de la retirada del material de osteosíntesis.

La paciente evoluciona favorablemente, alcanzando un arco de movilidad pasivo completo y movilidad activa satisfactoria hasta los últimos grados.

Finalmente, afirmamos que la colocación de material de osteosíntesis consigue una consolidación estable de la fractura, siendo el tratamiento de elección en fracturas desplazadas que no se pueden reducir mediante inmovilización ni fijación externa.

Bibliografía

1. Ainhoa Gaztelu-IturriOrtuoste, IbonArteche Ferrero, Mª Teresa Maestre Martínez. Cuidados especializados. Cuidados al paciente con alteraciones traumatológicas y ortopédicas. Capítulo 5: Equipamiento quirúrgico y enfermería perioperatoria. Principales técnicas quirúrgicas.
2. Mª Amparo García García, Verónica Hernández Hernández, Raúl Montero Arroyo, Raquel Ranz González. Enfermería de Quirófano. Capítulo 14: Cirugía ortopédica y traumatológica. Fracturas.
3. Fernández-LasquettyBlanc, Blanca. Cuidados al paciente con alteraciones traumatológicas y ortopédicas. Capítulo 12: Traumatismos esqueléticos. Fracturas. Complicaciones.

Capítulo 49

Caso clínico. Hematoma postquirúrgico en reconstrucción diferida de mama

Jiménez Hernández, Marta

CASO CLÍNICO: HEMATOMA POSTQUIRÚRGICO EN RECONSTRUCCIÓN DIFERIDA DE MAMA

INTRODUCCIÓN

El hematoma es una complicación poco común en el postoperatorio inmediato de una cirugía de ímplate mamario. Dependiendo del volumen de sangre que se haya en la mama puede ser reabsorbido por el organismo o se corrige con una intervención inmediata para drenaje de este.

CASO PRACTICO

Mujer de 59 años que llega a quirófano después de pasar 5 días ingresada en planta con tratamiento antibiótico por un de hematoma en mama izquierda después de una cirugía plástica reconstructiva. A su llegada presenta:

- Tª: 36,5
- TA: 145/96
- STO2: 98%



METODOLOGÍA

Una vez anestesiada la paciente y preparado el campo estéril, comienza la operación. Se le realiza una pequeña incisión en la vieja cicatriz de la operación anterior para vaciar el hematoma del pecho. Se le drenan unos 2L de sangre del pecho

Luego se le realiza en el mismo lugar una incisión más grande para retirar temporalmente dicha prótesis y así poder comprobar la cavidad donde se encuentra. Se coloca ésta en una batea con solución salina y un antibiótico de amplio espectro.

Se le esparce por la cavidad la misma solución que recubre a la prótesis para así limpiar y prevenir la zona.

Por ultimo se vuelve a poner la prótesis en su sitio y se cierra la cavidad con prolene realizando una sutura continua.

PLAN DE CUIDADOS

Diagnostico	Objetivos	Intervenciones
Trastorno de la imagen corporal (00118)	• Imagen corporal (1200) • Autoestima (1205)	• Apoyo emocional (5270) • Cuidado de las heridas. (3660) • Escucha activa (4920)
Temor (00148)	• Autocontrol del miedo (1404) • Nivel de miedo (1210) • Signos vitales (0802) • Creencias sobre la salud: percepción de la amenaza (1704)	• Técnica de relajación (5880) • Facilitar la presencia de la familia (7170) • Monitorización de los signos vitales (6680)
Riesgo de infección (00004)	• Recuperación quirúrgica: postoperatorio inmediato. (2305) • Control de riesgo: proceso infeccioso. (1924)	• Control de infecciones: intraoperatoria (6545) • Cuidados de la herida: drenaje cerrado. (3662) • Cuidados del sitio de incisión (3662)
Deterioro de la integridad cutánea (00046)	• Integridad tisular: piel y membranas mucosas. (1101)	• Sutura (3620) • Protección contra infecciones (6550)
Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica (00246)	• Movilidad. (0208) • Conocimiento: control de la infección. (1842)	• Control de infecciones: intraoperatoria (6545) • Cuidados de la herida: drenaje cerrado. (3662) • Cuidados del sitio de incisión (3662)
Riesgo de sangrado (00206)	• Recuperación quirúrgica: postoperatorio inmediato. (2305) • Severidad de la pérdida de sangre. (0413)	• Disminución de la hemorragia (4020) • Cuidados del sitio de incisión (3440) • Vigilancia (6650)

ANTES

DESPUES



OPINIÓN

La reconstrucción mamaria es una opción por el que cada vez más mujeres optan al ser un buen tratamiento contra la distorsión de la imagen corporal y trastornos psicológicos que puede ocasionar el cáncer de mama.

Estas reconstrucciones pueden ser inmediatas o diferidas. Tienen muy pocas probabilidades de que se sufran complicaciones, siendo este último tipo las que menos tiene.

El hematoma es una de las complicaciones menos frecuentes siendo su porcentaje, según algunos estudios, entre 2,77% y el 5,11%.

En conclusión, la reconstrucción mamaria a pesar de tener complicaciones es una buena opción para mejorar el estado de animo de las pacientes que han padecido cáncer de mama.

Resumen: *Una mujer de 59 que después de una reconstrucción mamaria, reingresa en planta con un hematoma en la mama izquierda y una posible infección en la prótesis de esta mama. Nos llega a quirógrafo para realizarle una exploración de dicha prótesis y limpiar la cavidad.*

Presenta un aumento del tamaño de la mama, tumefacción y calor en la zona.

El hematoma es una complicación poco común en el postoperatorio inmediato de la reconstrucción mamaria. Se puede dar de forma inmediata o a los pocos días de la intervención y su porcentaje máximo es del 5,11%.

Palabras Clave: *Caso clínico; hematoma mamario; prótesis mamaria.*

Introducción

El hematoma es una complicación poco común en el postoperatorio inmediato de una cirugía de ímplate mamario. Dependiendo del volumen de sangre que se haya en la mama puede ser reabsorbido por el organismo o se corrige con una intervención inmediata para drenaje de este.

Caso práctico

Mujer de 59 años que llega a quirógrafo después de pasar 5 días ingresada en planta con tratamiento antibiótico por sospecha de hematoma en mama izquierda 2 días después de una cirugía plástica reconstructiva mamaria. Presenta de forma localizada en la zona de la incisión y alrededores una inflamación, enrojecimiento, tumefacción y una temperatura elevada, la cual, nos cuenta la paciente, va en aumento desde 2 días después de la operación. A su llegada presenta:

- Tª: 36,5.

- TA: 145/96.

- STO_2: 98 %.

Plan de cuidados

El caso que hemos presentado presentaría el siguiente plan de cuidados que sigue el método de NANDA, NIC y NOC:

1. Diagnóstico

Trastorno de la imagen corporal (00118): Confusión en la imagen mental del yo físico.

Objetivos:

- Imagen corporal (1200).
- Autoestima (1205).

Intervenciones:

- Apoyo emocional (5270).

ISBN: 978-84-949197-6-3

- Cuidado de las heridas. (3660).
- Escucha activa (4920).
- Apoyo en la toma de decisiones (5250).

2. Diagnóstico

Temor (00148): Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.

Objetivos:

- Autocontrol del miedo (1404).
- Nivel de miedo (1210).
- Signos vitales (0802).
- Afrontamiento de problemas (1302).
- Creencias sobre la salud: Percepción de la amenaza (1704).

Intervenciones:

- Técnica de relajación (5880).
- Enseñanza: Preoperatoria (5610).
- Facilitar la presencia de la familia (7170).
- Motorización de los signos vitales (6680).

3. Diagnóstico

Riesgo de infección (00004): Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer a la salud.

Objetivos:

- Recuperación quirúrgica: postoperatorio inmediato (2305).
- Control de riesgo: proceso infeccioso (1924).

Intervenciones:

- Control de infecciones: intraoperatoria (6545).
- Cuidados de la herida: drenaje cerrado. (3662).
- Cuidados del sitio de incisión (3662).
- Vigilancia de la piel (3590).

3. Diagnóstico

Deterioro de la integridad cutánea (00046): Alteración de la epidermis y/o de la dermis.

Objetivos:

- Integridad tisular: Piel y membranas mucosas (1101).

Intervenciones:

- Sutura (3620).
- Protección contra infecciones (6550).

5. Diagnóstico

Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica (00246): Vulnerable a un aumento del número de días de postoperatorio requeridos para iniciar y realizar actividades para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar, que puede comprometer la salud.

Objetivos:

- Movilidad (0208).
- Recuperación quirúrgica: postoperatorio inmediato (2305).
- Conocimiento: control de la infección (1842).
- Control del dolor (1605).

Intervenciones:

- Control de infecciones: intraoperatoria (6545).
- Cuidados de la herida: drenaje cerrado (3662).
- Cuidados del sitio de incisión (3662).
- Vigilancia de la piel (3590).

6. Diagnóstico

- Riesgo de sangrado (00206): Vulnerable a una disminución del volumen de sangre, que puede comprometer la salud.

Objetivos:

- Recuperación quirúrgica: postoperatorio inmediato (2305).
- Severidad de la pérdida de sangre (0413).
- Severidad de la lesión física (1913).

Intervenciones:

- Disminución de la hemorragia (4020).
- Cuidados del sitio de incisión (3440).
- Cuidados del drenaje (1870).
- Vigilancia (6650).

Metodología

Una vez anestesiada la paciente y preparado el campo estéril, comienza la operación. Se le realiza una pequeña incisión en la vieja cicatriz de la operación anterior para vaciar el hematoma del pecho. Se le drenan unos 2 l. de sangre del pecho.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Una vez realizada la extracción del hematoma, al existir la posibilidad de que la prótesis se hubiera infectado, se le realiza en el mismo lugar una incisión más grande para retirar temporalmente dicha prótesis y así poder comprobar la cavidad donde se encuentra. Se coloca ésta en una batea con solución salina y un antibiótico de amplio espectro para limpiarla de la posible infección. Aprovechando que se encuentra abierta, se le esparce por la cavidad la misma solución que recubre a la prótesis para así limpiar y prevenir la zona.

Tras examinar otra vez la cavidad y comprobar que todo está en orden y que no hay signos aparentes de infección ni en la mama ni en la prótesis, ésta se vuelve a poner en su sitio y se cierra la cavidad con prolene realizando una sutura continua.

Conclusión

Las reconstrucciones mamarias son un tratamiento por el que cada vez mas mujeres optan por ser un buen tratamiento contra la distorsión de la imagen corporal y trastornos psicológicos que puede ocasionar el cáncer de mama.

Estas reconstrucciones pueden ser inmediatas (las que se hacen una vez realizada la mastectomía) o diferidas (se realizan tiempo después de la mastectomía y después del tratamiento contra el cáncer). Ambos tipos tiene muy pocas probabilidades de que se sufra complicaciones, siendo en este último tipo las que menos complicaciones tiene.

El hematoma es una de las complicaciones menos frecuentes. Se pueden dar de forma inmediata o a los pocos días de la intervención. El porcentaje, según algunos estudios, es entre 2,77 % y el 5,11 %.

En conclusión, la reconstrucción mamaria a pesar de tener complicaciones es una buena opción para mejorar el estado de animo de las pacientes que han padecido cáncer de mama.

Bibliografía:

1. Rodríguez- Martin. B, Vallejo-Pascual. E, Diago-Santamaria. V, Sierra-Vega. M, Mures-Quintana. MJ. Cáncer de mama y reconstrucción en hospital de tercer nivel de Castilla y León, España. Cir. Plast. Iberolatinoam. 2018; 44 (2): 177-185.
2. Gutiérrez Gómez. C, Rivas León. B, Cárdenas Mejía. A. Reconstrucción mamaria con expansor tisular e implante. Indicaciones y experiencia en 24 casos. Cir. Plast. Iberolatinoam. 2012; 38 (4): 323-328.
3. Díaz. S, Sánchez. R, Lehmann. C, Figueredo. C, Duque. A, Orduz. A et al. Impacto de las complicaciones post-reconstrucción mamaria en el tratamiento sistémico del cáncer de mama. Rev Colomb Cancerol. 2014;18(3):120-127.
4. Escandón Espinoza. YM, Zepeda Castilla. EJ, Ibarra Pacheco. AS. Complicaciones de la reconstrucción mamaria en pacientes oncológicas del Hospital Regional 1º de Octubre del ISSSTE. Rev Esp Méd Quir 2013;18:131-137.
5. Escudero. FJ. Evolución histórica de la reconstrucción mamaria. An. Sist. Sanit. Navar. 2005; 28 (Supl. 2): 7-18.

Capítulo 50

Caso clínico. Paciente con cirrosis heática enolica, en situación de fallo heático agudo sobre crónico con ingreso en digestivo

Valencia del Campo, Mª del Carmen

Caso clínico: paciente con cirrosis hepática enolica en situación de fallo hepático agudo sobre crónico con ingreso en digestivo.



INTRODUCCIÓN

Paciente, de 48 años de edad, que hace 5 años le diagnosticaron infección por virus hepatitis C (VHC), no continuó seguimiento ni tratamiento.

Durante su estancia, se han ofrecido día a día los cuidados que ha necesitado.

Como antecedentes ersonales, se ha destacar: Cirrosis heática or VHC y alcohol, citopenias, elenomegalia, ascitis sin varices esofágicas.

Actualmente, con hepatopatía crónica de origen enolico y por virus C en seguimiento por digestivo con un único ingreso en julio 2017 por aumento del perímetro abdominal con aumento de la ictericia con orinas coluricas con molestias abdominales.

Dada la mala evolución del paciente con **cirrosis hepática enolica en situación de fallo hepático agudo sobre crónico** con bilirrubina elevada (entorno 25),coagulopatía severa, hiponatremia severa.

Observación Clínica (M. Gordon)

Patrón 1: perceción – Manejo de la Salud.

- Consciente de su enfermedad.
- Sigue correctamente el ttomédico.
- Fumador. Bebedor 1 litro/cerveza.
- Ex- consumidor cocaína y heroína.
- Actualmente tto metadona.

Patrón 2: Nutricional – Metabólico.

- Dieta hiposodica e hipercalórica.
- Estado normohidratado.
- Ingesta líquidos limitada (ascitis)
- Nauseas.
- Temperatura corporal normal.

Patrón 3: Eliminación.

- Deposiciones líquidas y/o semiblandas.
- Continente doble.
- Portador de sondaje vesical.

Patrón : Actividad – Reposo

- Necesita ayuda ara la mayoría de las AVD.
- Traslado en silla de ruedas.
- Alteración del equilibrio.

Patrón 6: Cognitivo - Perceptual

- Consciente y orientado.
- Malestar físico (ascitis)

Patrón 10: Adaptación . Tolerancia al estrés.

- Ante problemas, se escuda en drogas y alcohol.

DISCUSIÓN

Paciente con muy mal pronostico al ingreso y durante el mismo. Evidentemente se le han ofrecido todos los cuidados requeridos incluso fue solicitada valoración para tratamiento de soporte e inclusión en lista de Trasplante Hepático (THO), siendo de prioridad cero, debido a sus antecedentes.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS

00002 Desequilibrio nutricional inferior a sus necesidades corporales.

NOC: Estado nutricional → ingestión alimentaria y de líquidos → ingestión alimentaria oral, *Valor Escala* **2** (ligeramente adecuado) e ingestión de líquidos orales, *Valor Escala*, **3** (moderadamente adecuado)

NIC: Manejo de la nutrición → ajustar la dieta al estilo del paciente, comprobar la ingesta realizada para ver el contenido nutricional y calórico.

00178 Riesgo de deterioro de la función hepática.

NOC: Conocimiento: conducta sanitaria → prácticas nutricionales saludables, *Valor Escala* **3** (moderadamente moderado). Servicios promoción de la salud, *Valor Escala* **2** (conocimiento escaso).

NIC: Enseñanza: proceso de enfermedad → identificar cambios en el estado físico del paciente, describir el fundamento de las recomendaciones del control/terapia/tratamiento.

00195 Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos

NOC: Equilibrio hídrico → eso corporal estable, *Valor Escala* **2** sustancialmente comprometido). Ascitis, Valor Escala 2 (sustancialmente comprometido).

NIC: Manejo de líquidos/electrolitos → Obtener muestras ara análisis laboratorio de los niveles de líquidos o electrolitos alterados (sodio), pesar c/48h y valorar situación, proporcionar dieta rescrita apropiada al caso (baja en sodio, con restricción de líquidos, renal y sin adicción de sal), registro preciso de ingestas y eliminaciones.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS

00016 Deterioro de eliminación urinaria

NOC: Continencia urinaria → Control estricto de la diuresis, *Valor Escala* **3** (moderadamente demostrado)

NIC: Sondaje vesical → controlar la ingesta y eliminación (control estricto de diuresis).

00085 Deterioro de la movilidad física.

NOC: Movilidad → mantenimiento del equilibrio, marcha y realización del traslado, *Valor Escala* 1 (gravemente comprometido).

NIC: Terapia de ejercicios: equilibrio → determinar la capacidad del paciente para participar en actividades, proporcionar dispositivos de ayuda (bastón, barra de andar) como apoyo para realizarlos ejercicios, ayudar al paciente a caminar intervalos regulares y vigilar respuesta ante los ejercicios.

00108 Déficit de autocuidado: baño/higiene.

NOC: Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD) → come (*Valor Escala* **4**, levemente comprometido) uso inodoro, se baña, se viste, higiene. *Valor Escala* **2** (sustancialmente comprometido)

NIC: Ayuda autocuidados baño/higiene → proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.

CONCLUSIONES

Los planes de cuidados nos ofrecen una guía efectiva ante casos clínicos, como una **cirrosis hepática enolica, en situación de fallo agudo crónico**, siendo necesario planificar los trabajos de cuidados en función de los problemas concretos del paciente, ara garantizar la satisfacción y la evolución positiva de salud del mismo.

Resumen: *La cirrosis hepática es una condición patológica conocida desde muchos siglos antes de que el médico francés Rene Théophile Hyacinthe Laénnec (1781-1826), le pusiera tal nombre, basado en la coloración del órgano afectado. Inicialmente, el término usado era parecido (escirrosis), y hacía referencia al endurecimiento que adquiría la anomalía. Presentación de un caso clínico de un paciente en estado cirrótico con fallo renal agudo, avanzado e incurable donde se ha realizado el plan de cuidados enfermeros para el mejor control posible de los síntomas físicos, psíquicos, espirituales y sociales utilizando la metodología enfermera.*

Palabras Clave: *Cirrosis hepática; cuidados posteriores; fasciola hepática..*

Introducción

Paciente, de 48 años de edad, que hace 5 años le diagnosticaron infección por virus hepatitis C (VHC), no continuó seguimiento ni tratamiento.

Durante su estancia, se han ofrecido día a día los cuidados que ha necesitado.

Como antecedentes personales, se ha destacar: Cirrosis hepática por VHC y alcohol, citopenias, elenomegalia, ascitis sin varices esofágicas.

Actualmente, con hepatopatía crónica de origen enólico y por virus C en seguimiento por digestivo con un único ingreso en julio 2017 por aumento del perímetro abdominal con aumento de la ictericia con orinas colúricas y molestias abdominales.

Mala evolución del paciente con cirrosis hepática enólica en situación de fallo hepático agudo sobre crónico con bilirrubina elevada (entorno 25), coagulopatía severa, hiponatremia severa.

Observación clínica (M. Gordon)

- Patrón 1: Percepción-manejo de la salud.

  Consciente de su enfermedad, Sigue correctamente el tto médico, fumador. Bebedor 1 litro/cerveza, Ex-consumidor cocaína y heroína y actualmente en tratamiento metadona.

- Patrón 2: Nutricional-metabólico.

  Dieta hiposódica e hipercalórica, estado normohidratado, ingesta de líquidos limitada (ascitis), naúseas y temperatura corporal normal.

- Patrón 3: Eliminación.

  Deposiciones líquidas y/o semiblandas, continente doble y portador de sondaje vesical.

- Patrón 4: Actividad-reposo.

  Necesita ayuda para la mayoría de las AVD, traslado en silla de ruedas y alteración del equilibrio.

ISBN: 978-84-949197-6-3

- Patrón 6: Cognitivo-perceptual.

  Consciente y orientado. Malestar físico (ascitis).

- Patrón 10: Adaptación. Tolerancia al estrés.

  Ante problemas, se escuda en drogas y alcohol.

Plan de cuidados enfermeros

00002 Desequilibrio nutricional inferior a sus necesidades corporales.

NOC: Estado nutricional -->ingestión alimentaria y de líquidos, ingestión alimentaria oral, Valor Escala 2 (ligeramente adecuado) e ingestión de líquidos orales, Valor Escala, 3 (moderadamente adecuado).

NIC: Manejo de la nutrición --> ajustar la dieta al estilo del paciente, comprobar la ingesta realizada para ver el contenido nutricional y calórico.

00178 Riesgo de deterioro de la función hepática.

NOC: Conocimiento: conducta sanitaria -->prácticas nutricionales saludables, Valor Escala 3 (moderadamente moderado). Servicios promoción de la salud, Valor Escala 2 (conocimiento escaso).

NIC: Enseñanza: proceso de enfermedad -->identificar cambios en el estado físico del paciente, describir el fundamento de las recomendaciones del control/terapia/tratamiento.

00195 Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos.

NOC: Equilibrio hídrico --> peso corporal estable, Valor Escala 2 sustancialmente comprometido). Ascitis, Valor Escala 2 (sustancialmente comprometido).

NIC: Manejo de líquidos/electrolito --> Obtener muestras para análisis laboratorio de los niveles de líquidos o electrolitos alterados (sodio), pesar c/48h y valorar situación, proporcionar dieta prescrita apropiada al caso (baja en sodio, con restricción de líquidos, renal y sin adicción de sal), registro preciso de ingestas y eliminaciones.

00016 Deterioro de eliminación urinaria.

NOC: Continencia urinaria -->Control estricto de la diuresis, Valor Escala 3 (moderadamente demostrado)

NIC: Sondaje vesical --> controlar la ingesta y eliminación (control estricto de diuresis).

00085 Deterioro de la movilidad física.

NOC: Movilidad --> mantenimiento del equilibrio, marcha y realización del traslado, Valor Escala 1 (gravemente comprometido).

NIC: Terapia de ejercicios: equilibrio --> determinar la capacidad del paciente para participar en actividades, proporcionar dispositivos de ayuda (bastón, barra de andar) como apoyo para realizarlos ejercicios, ayudar al paciente a caminar intervalos regulares y vigilar respuesta ante los ejercicios.

00108 Déficit de autocuidado: baño/higiene.

NOC: Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD) --> come (Valor Escala 4, levemente comprometido) uso inodoro, se baña, se viste, higiene: Valor Escala 2 (sustancialmente comprometido).

NIC: Ayuda autocuidados baño/higiene --> proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.

Discusión

Paciente con muy mal pronóstico al ingreso y durante el mismo. Evidentemente se le han ofrecido todos los cuidados requeridos incluso fue solicitada valoración para tratamiento de soporte e inclusión en lista de Trasplante Hepático (THO), siendo de prioridad cero, debido a sus antecedentes.

Conclusiones

Los planes de cuidados nos ofrecen una guía efectiva ante casos clínicos, como una cirrosis hepática enolica, en situación de fallo agudo crónico, siendo necesario planificar los trabajos de cuidados en función de los problemas concretos del paciente, para garantizar la satisfacción y la evolución positiva de salud del mismo.

Bibliografía

1. Cirrosis hepática. Síntomas, causas y tratamiento. MD.Saúde. (n.d.). Retrieved March 8, 2018, from https: //www.mdsaude.com/es/2016/07/cirrosis-hepatica.html.
2. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 2015-2017. NANDA Internacional. Elsevier.
3. Johnson M, Bulechek G.M, Butcher H, Maas M.L, McCloskey Dochterman J, Moorchead S. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. 2ed. Barcelona: ELSEVIER; 2007
4. Johnson M, Maas M, Moorhead S, Swanson, E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) 5ª ed. Barcelona: Elsevier España, 2014.
5. Bulechek GM, Butcher, HK, Dochterman JM, Wagner, CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. (NIC) 6ª ed. Barcelona: Elsevier España, 2014.

Capítulo 51

Caso clínico. Paciente con hepatitis B crónica

Ruiz García, María del Pilar

Ruiz García, Carmen

CASO CLÍNICO: PACIENTE CON HEPATITIS B CRÓNICA

INTRODUCCIÓN

La hepatitis causada por el agente de la familia Hepadnavirus se diversifica en cinco grupos. Su reservorio es el ser humano, y se encuentra en tejidos, órganos y fluidos. Son agentes de infección los pacientes con seropositividad del Ag Hbs. Tiene un periodo de incubación de 1 a 6 meses. Es una enfermedad de distribución mundial cuya forma aguda es asintomática en el 85-90 % de los casos y se acompaña de alteración hepática.

El comienzo del cuadro es insidioso con dolor abdominal, naúseas, vómitos, anorexia, coluria, ictericia, elevación de las transaminasas,etc; generalmente se resuelve s olo, pero un 5-10% de los casos se cronifican.

La infección crónica suele ser asintomática; si los niveles de las transaminasas son normales y los hallazgos tras biopsia también están cercanos a la normalidad, los individuos se llaman portadores sanos de VHB.; si los valores analíticos e histológicos están alterados, se llaman pacientes con hepatitis B crónica.

En el 20% de los crónicos se desarrolla cirrosis y carcinoma hepatocelular, aunque actualmense te dispone de tratamiento antiviral para disminuir el daño hepático, interferón o incluso

OBSERVACIÓN CLÍNICA: CASO

Varón inmigrante de 24 años procedente de otra comunidad que consulta por astenia y fatiga muscular en las últimas semanas. Comenta pérdida de peso, nauseas, vómitos, anorexia y molestias en hipocondrio derecho. Tras realizar primera analítica se observa elevación de las transaminasas (GOT 518 U/L y GPT 183 U/L) por lo que se solicita serología apareciendo:

Citomegalovirus IgG +, IgM -
Epstein Barr Ebna IgG +
Hep B Hbs Ag+
Hep B anti Hbc +
Hep B anti Hbc IgM-
Hep B HBeAg-
Hep anti Hbe +
Hep C anti VHC -
Hep A sospecha IgM-, control IgG-
Estudio VIH -

Tras derivar a digestivo se informa de diagnóstico VHB hace 5 años, con abandono de controles y tratamiento a pesar de constatarse cronicidad.

Actualmente vive con su esposa y los padres de ésta que no conocen antecedentes del paciente y no están vacunados.

VALORACION

Paralaestandarizacióndelosdiagnósticosdeenfermería,intervencionesclavesycriteriosderesultadoutilizamoslacodificacióndelaTaxonomíaNNN(NANDA,NIC,NOC).
Serealizóunaselecciónde diagnósticospertinentesalasituacióndelpaciente(Tablas1,2)

NANDA	NIC	NOC
00092. Intolerancia a la actividad r/c debilidad	0005 Tolerancia a la actividad -Facilidad para realizar las actividades de la vida diaria	4310. Terapia de actividad -Enseñar a realizar las actividades prescritas o informar dónde acudir -Ayudar a adaptar el entorno del paciente para facilitar las actividades 0180. Manejo de energía -Determinar las limitaciones físicas -Ayudar a priorizar actividades según su situación a lo largo del proceso de enfermedad
00069. Afrontamiento inefectivo	1302. Afrontamiento de problemas -Acepta la situación -Modifica su estilo de vida cuando su situación lo requiera -Verbaliza la necesidad de asistencia 1402. Autocontrol de la ansiedad	5250. Apoyo en la toma de decisiones -Establecer comunicación efectiva con el paciente -Proporcionar información solicitada en cada momento y adaptada a su estado en ese momento -Poner en conocimiento la existencia de grupos de apoyo y remitir si solicita 5230. Aumentar el afrontamiento -Evaluar su capacidad para tomar decisiones en cada momento y según su situación -Animarle a contar él mismo a la familia su situación 5820. Disminuir la ansiedad -Escuchar con atención y reforzar si procede -Establecer actuaciones para disminuir tensiones.

NANDA	NIC	NOC
00078. Manejo inefectivo del régimen terapéutico	1601. Conducta de cumplimiento -Muestra confianza en el sanitario sobre la información que vaya obteniendo -Comunica seguir la dieta prescrita -Acude a consulta según citas o necesidades 1609. Conducta terapéutica -Cumple las precauciones recomendadas -Evita conductas que puedan potenciar su patología 1608. Control de síntomas -Refiere control de síntomas	4360. Modificación de la conducta -Fomentar la sustitución de hábitos indeseables fomentando conductas apropiadas en cada caso -Informar sobre situaciones que puedan poner en riesgo al resto: +No compartir útiles personales que se pongan en contacto con mucosas (cepillos de dientes, toallas,…) +Avisar al personal sanitario, odontólogos, centros de tatuaje, pareja, convivientes sobre su estado de salud Uso de preservativos en las relaciones sexuales con su pareja. +Instruir sobre mecanismos de trasmisión para que sepa evitar riesgos +Lavar con agua y jabón las lesiones secretoras y cubrirlas con apósitos impermeables.
00002. Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades	1004. Estado nutricional - Registro	1100. Ayuda a tomar dieta equilibrada - Ajustar la dieta al estilo del gusto del paciente - Comprobar tolerancia

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Aunque a día de hoy en España la vacunación de la hepatitis B es del 100 por ciento en los recién nacidos y el diagnóstico de dicha enfermedad también alcanza esas cifras en la población nativa, en la población inmigrante las cifras son del 50%, a pesar de que en este país se cubre el 100 por ciento de los tratamientos en VHB. España lidera en Europa la carrera para la eliminación de las hepatitis víricas para 2021 las tasas de prevalencia de infección crónica de dicha enfermedad se estiman alrededor de 200000 personas. Al ser la clínica de esta enfermedad tan inespecífica en algunas ocasiones , que puede pasar inadvertida si no se realizan estudios de laboratorio, la mejor manera de contribuir, desde nuestro nivel a erradicar esta enfermedad es promocionando la vacunación y como no, fomentando las medidas de protección para evitar contacto con fluidos y objetos contaminados de sujetos de los que se desconoce su serología. También sería conveniente pedir serología para la hepatitis A y C y VIH por la posible coexistencia de estas enfermedades con las que estamos hablando, al ser comunes en muchas ocasiones el modo de trasmisión y el riesgo que aumenta estos individuos. Con respecto a los convivientes y pareja si se desconoce la serología o estado de vacunación hay que contactar y vacunar los lo más inmediato posible, no habría problema si tuvieran anticuerpos all ser una vacuna recombinante.

Resumen: *Aunque a día de hoy en España la vacunación de la hepatitis B es del 100 por ciento en los recién nacidos y el diagnóstico de dicha enfermedad también alcanza esas cifras en la población nativa, en la población inmigrante las cifras son del 50%, a pesar de que en este país se cubre el 100 por ciento de los tratamientos en VHB. España lidera en Europa la carrera para la eliminación de las hepatitis víricas para 2021 las tasas de prevalencia de infección crónica de dicha enfermedad se estiman alrededor de 200000 personas.*

Palabras Clave: *Hepatitis B; enfermedad crónica; inmunidad.*

Introducción

La hepatitis causada por el agente de la familia Hepadnavirus se diversifica en cinco grupos. Su reservorio es el ser humano, y se encuentra en tejidos, órganos y fluidos. Son agentes de infección los pacientes con seropositividad del Ag Hbs. Tiene un periodo de incubación de 1 a 6 meses. Es una enfermedad de distribución mundial cuya forma aguda es asintomática en el 85-90 % de los casos y se acompaña de alteración hepática.

El comienzo del cuadro es insidioso con dolor abdominal, naúseas, vómitos, anorexia, coluria, ictericia, elevación de las transaminasas,etc; generalmente se resuelve s olo, pero un 5-10% de los casos se cronifican.

La infección crónica suele ser asintomática; si los niveles de las transaminasas son normales y los hallazgos tras biopsia también están cercanos a la normalidad, los individuos se llaman portadores sanos de VHB.; si los valores analíticos e histológicos están alterados, se llaman pacientes con hepatitis B crónica.

En el 20% de los crónicos se desarrolla cirrosis y carcinoma hepatocelular, aunque actualmense te dispone de tratamiento antiviral para disminuir el daño hepático, interferón o incluso el transplante hepático.

Observación clínica: Caso

Varón inmigrante de 24 años procedente de otra comunidad que consulta por astenia y fatiga muscular en las últimas semanas. Comenta pérdida de peso, nauseas, vómitos, anorexia y molestias en hipocondrio derecho. Tras realizar primera analítica se observa elevación de las transaminasas (GOT 518 U/L y GPT 183 U/L) por lo que se solicita serología apareciendo esta alterada: Hep B Hbs Ag+, Hep B anti Hbc +, Hep B anti Hbc IgM-

Tras derivar a digestivo se informa de diagnóstico VHB hace 5 años, con abandono de controles y tratamiento a pesar de constatarse cronicidad.

Actualmente vive con su esposa y los padres de ésta que no conocen antecedentes del paciente y no están vacunados.

Plan de cuidados

La valoración enfermera realizara siguiendo la taxonomía NANDA, NIC, NOC.

ISBN: 978-84-949197-6-3

00092. Intolerancia a la actividad r/c debilidad.

0005. Tolerancia a la actividad.

- Facilidad para realizar las actividades de la vida diaria.

4310. Terapia de actividad.

- Enseñar a realizar las actividades prescritas o informar dónde acudir.
- Ayudar a adaptar el entorno del paciente para facilitar las actividades.

0180. Manejo de energía.

- Determinar las limitaciones físicas.
- Ayudar a priorizar actividades según su situación a lo largo del proceso de enfermedad.

00069. Afrontamiento inefectivo.

1302. Afrontamiento de problemas.

- Acepta la situación.
- Modifica su estilo de vida cuando su situación lo requiera.
- Verbaliza la necesidad de asistencia.

1402. Autocontrol de la ansiedad.

5250. Apoyo en la toma de decisiones.

- Establecer comunicación efectiva con el paciente.
- Proporcionar información solicitada en cada momento y adaptada a su estado en ese momento.
- Poner en conocimiento la existencia de grupos de apoyo y remitir si solicita.

5230. Aumentar el afrontamiento.

- Evaluar su capacidad para tomar decisiones en cada momento y según su situación.
- Animarle a contar él mismo a la familia su situación.

5820. Disminuir la ansiedad.

- Escuchar con atención y reforzar si procede.
- Establecer actuaciones para disminuir tensiones.

00078. Manejo inefectivo del régimen terapéutico.

1601. Conducta de cumplimiento.

- Muestra confianza en el sanitario sobre la información que vaya obteniendo.
- Comunica seguir la dieta prescrita.
- Acude a consulta según citas o necesidades.

1609. Conducta terapéutica.

- Cumple las precauciones recomendadas.
- Evita conductas que puedan potenciar su patología.

1608. Control de síntomas.

- Refiere control de síntomas.

4360. Modificación de la conducta.

- Fomentar la sustitución de hábitos indeseables fomentando conductas apropiadas en cada caso.

- Informar sobre situaciones que puedan poner en riesgo al resto:

  - No compartir útiles personales que se pongan en contacto con mucosas (cepillos de dientes, toallas,…)
  - Avisar al personal sanitario, odontólogos, centros de tatuaje, pareja, convivientes sobre su estado de salud
  - Uso de preservativos en las relaciones sexuales con su pareja.
  - Instruir sobre mecanismos de trasmisión para que sepa evitar riesgos
  - Lavar con agua y jabón las lesiones secretoras y cubrirlas con apósitos impermeables.

00002. Desequilibrio nutricional por defecto.

r/c problemas para ingerir nutrient.

1004. Estado nutricional.

1100. Ayuda a tomar dieta equilibrada.

- Ajustar la dieta al estilo del gusto del paciente.
- Comprobar tolerancia.

Discusión y conclusiones:

Al ser la clínica de esta enfermedad tan inespecífica en algunas ocasiones , que puede pasar inadvertida si no se realizan estudios de laboratorio, la mejor manera de contribuir, desde nuestro nivel a erradicar esta enfermedad es promocionando la vacunación y como no, fomentando las medidas de protección para evitar contacto con fluidos y objetos contaminados de sujetos de los que se desconoce su serología. También sería conveniente pedir serología para la hepatitis A y C y VIH por la posible coexistencia de estas enfermedades con las que estamos hablando, al ser comunes en muchas ocasiones el modo de trasmisión y el riesgo que aumenta estos individuos. Con respecto a los convivientes y pareja si se desconoce la serología o estado de vacunación hay que contactar y vacunar los lo más inmediato posible, no habría problema si tuvieran anticuerpos all ser una vacuna recombinante.

Bibliografía

1. Guarner, C. y Enríquez, J. Avances en Patología Digestiva 4: HEPATITIS C. Colección: Avances en Patología Digestiva. Barcelona: MARGE MEDICA BOOKS, 1ª Edición, 2008.
2. European Association for the Study of the Liver. EASL clinical practice guidelines: management of chronic hepatitis B. J Hepatol 2009.
3. Luis Carrasco, Jose Mª Almendral del Río. Virus patógenos. 3ª ed. Madrid: Helice; 2006.

Capítulo 52

Caso clínico. Paciente con lesión ocupante de espacio (LOE) intracraneal parieto-occipital en estudio e ingreso en Neurología

Valencia del Campo, María del Carmen

Caso clínico: paciente con lesión ocupante de espacio (LOE) intracraneal parieto-occipital en estudio e ingreso en neurología.





INTRODUCCIÓN

Paciente, de 66 años de edad, que porta reservorio subcutáneo subclavicular derecho, presenta hemiparesia izquierda, nauseas y vómitos alimentarios.

Tras la realización de un TAC, se identifica una **LOE intracraneal parieto-occipital**, deciden ingresarlo en la planta de neurología, tras valoración por hematología y neurólogo de guardia.

Durante su estancia se le han proporcionado los cuidados requeridos.

Como antecedentes personales, se ha de destacar: Mieloma, crisis comicial, Tromboembolia pulmonar, Hipotiroidismo, asma intrínseca, Estenosis/hernias de canal lumbar, Hernia discal cervical, Artrosis y Osteoporosis.

Actualmente presenta afasia y hemiparesia derecha en relación a lesiones expansivas intracraneales/intraparenquimatosas e hiponatremia.

Para la elaboración del plan de cuidados se ha utilizado el modelo de cuidados M.Gordon y la Taxonomía internacional NANDA, NOC y NIC.

Observación clínica (M.Gordon)

Patrón 1: Percepción – Manejo de la Salud.

- Consciente de su enfermedad.
- Sigue correctamente el tto médico.

Patrón 2: Nutricional – Metabólico.

- Dieta blanda fácil masticación + suplemento nutricional.
- Estado normohidratado.
- Alteración en la masticación.
- Temperatura corporal normal.

Patrón 3: Eliminación.

- Deposiciones diarreicas y frecuentes.
- Continente doble. Necesidad de pañal.
- Sudoración normal.

Patrón 4: Actividad – Reposo.

- Ayuda en actividades vida cotidiana.
- Trasladado en silla de ruedas.
- Alteración del equilibrio.

Patrón 6: Cognitivo – Perceptual.

- Disminución visual y auditiva.
- Afaxia mixta, que mejora clínicamente.
- Actualmente buena comunicación.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS

00002 Desequilibrio nutricional inferior a sus necesidades corporales.

NOC: Estado nutricional → ingestión alimentaria y de líquidos. *Valor Escala* **3** (moderadamente adecuada)

NIC: Manejo de la nutrición → Ajustar la dieta al estilo del paciente, comprobar la ingesta realizada para ver el contenido nutricional y calórico, ofrecer tentempiés (bebidas y fruta fresca/zumo de frutas).

00195 Riesgo desequilibrio electrolítico.

NOC: Equilibrio electrolítico y acido-base → debilidad muscular, *Valor Escala* **2** (sustancialmente comprometido).

NIC: Manejo de líquidos/electrolitos → observar si existe pérdida de líquidos (diarrea), llevar un registro preciso de ingestas y eliminaciones.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS

00085 Deterioro de la movilidad física.

NOC: Movilidad → mantenimiento del equilibrio, marcha y realización del traslado, *Valor Escala* **1** (gravemente comprometido).

NIC: Terapia de ejercicios: equilibrio → determinar la capacidad del paciente para participar en actividades, proporcionar dispositivos de ayuda (bastón, barra de andar) como apoyo para realizarlos ejercicios, ayudar al paciente a caminar intervalos regulares y vigilar respuesta ante los ejercicios.

00108 Déficit de autocuidado: baño/higiene.

NOC: Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD) → come, uso inodoro, se baña, se viste, higiene. *Valor Escala* **2** (sustancialmente comprometido)

NIC: Ayuda autocuidados baño/higiene → proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.

DISCUSIÓN

El paciente irá evolucionando paulatinamente, se irá movilizando y teniendo mejor adaptación tras la puesta en práctica de las técnicas de autocuidado establecidas hasta conseguir un cierto grado de autonomía, dada las limitaciones de su enfermedad.

CONCLUSIONES



Los planes de cuidados nos ofrecen una guía efectiva ante casos clínicos, como una **lesión parieto-occipital**, en situación de fallo agudo crónico, siendo necesario planificar los trabajos de cuidados en función de los problemas concretos del paciente, ara garantizar la satisfacción y la evolución positiva de salud del mismo

Resumen: *Como el acrónimo de lesión ocupante de espacio (LOE), una de las cosas para las que más utilizamos este término es para las lesiones intracraneales de las cuales no conocemos aún el diagnostico. Una LOE intracraneal puede tener muchos orígenes, ero uno de los fundamentales es la metástasis cerebral. Presentación de un caso clínico de un paciente con lesión ocupante de espacio LOE intracraneal parieto-occipital donde se ha realizado el plan de cuidados enfermeros para el mejor control posible de los síntomas físicos, psíquicos, espirituales y sociales utilizando la metodología enfermera.*

Palabras Clave: *Lesión cerebral; cuidados posteriores; neurología.*

Introducción

Paciente, de 66 años de edad, que porta reservorio subcutáneo subclavicular derecho, presenta hemiparesia izquierda, nauseas y vómitos alimentarios.

Tras la realización de un TAC, se identifica una LOE intracraneal parieto-occipital, deciden ingresarlo en la planta de neurología, tras valoración por hematología y neurólogo de guardia.

Durante su estancia se le han proporcionado los cuidados requeridos.

Como antecedentes personales, se ha de destacar: Mieloma, crisis comicial, Tromboembolia pulmonar, Hipotiroidismo, asma intrínseca, Estenosis/hernias de canal lumbar, Hernia discal cervical, Artrosis y Osteoporosis.

Actualmente presenta afasia y hemiparesia derecha en relación a lesiones expansivas intracraneales/intraparenquimatosas e hiponatremia.

Para la elaboración del plan de cuidados se ha utilizado el modelo de cuidados M.Gordon y la Taxonomía internacional NANDA, NOC y NIC.

Observación clínica (M. Gordon)

Patrón 1: Percepción- Manejo de la Salud.

Consciente de su enfermedad. Sigue correctamente el tto médico.

Patrón 2: Nutricional – Metabólico.

Dieta blanda fácil masticación más suplemento nutricional, Estado normohidratado, alteración en la masticación, Temperatura corporal normal.

Patrón 3: Eliminación.

Deposiciones diarreicas y frecuentes, continente doble con necesidad de pañal, sudoración normal.

Patrón 4: Actividad-Reposo.

Ayuda en actividades vida cotidiana, traslado en silla de ruedas, alteración del equilibrio.

Patrón 6: Cognitivo-Perceptual

Disminución visual y auditiva, afaxia mixta, que mejora clínicamente. Actualmente buena comunicación.

Plan de Cuidados

00002 Desequilibrio nutricional inferior a sus necesidades corporales.

- NOC: Estado nutricional --> ingestión alimentaria y de líquidos. Valor Escala 3 (moderadamente adecuada).

ISBN: 978-84-949197-6-3

- NIC: Manejo de la nutrición --> Ajustar la dieta al estilo del paciente, comprobar la ingesta realizada para ver el contenido nutricional y calórico, ofrecer tentempiés (bebidas y fruta fresca/zumo de frutas).

00195 Riesgo desequilibrio electrolítico.

- NOC: Equilibrio electrolítico y acido-base --> debilidad muscular, Valor Escala 2 (sustancialmente comprometido).
- NIC: Manejo de líquidos/electrolitos --> observar si existe pérdida de líquidos (diarrea), llevar un registro preciso de ingestas y eliminaciones.

00085 Deterioro de la movilidad física.

- NOC: Movilidad --> mantenimiento del equilibrio, marcha y realización del traslado, Valor Escala 1 (gravemente comprometido).
- NIC: Terapia de ejercicios: equilibrio --> determinar la capacidad del paciente para participar en actividades, proporcionar dispositivos de ayuda (bastón, barra de andar) como apoyo para realizarlos ejercicios, ayudar al paciente a caminar intervalos regulares y vigilar respuesta ante los ejercicios.

00108 Déficit de autocuidado: baño/higiene.

- NOC: Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD) --> come, uso inodoro, se baña, se viste, higiene. Valor Escala 2 (sustancialmente comprometido).
- NIC: Ayuda autocuidados baño/higiene --> proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.

Discusión

El paciente irá evolucionando paulatinamente, se irá movilizando y teniendo mejor adaptación tras la puesta en práctica de las técnicas de autocuidado establecidas hasta conseguir un cierto grado de autonomía, dada las limitaciones de su enfermedad.

Conclusión

Los planes de cuidados nos ofrecen una guía efectiva ante casos clínicos, como una lesión parieto-occipital, en situación de fallo agudo crónico, siendo necesario planificar los trabajos de cuidados en función de los problemas concretos del paciente, para garantizar la satisfacción y la evolución positiva de salud del mismo.

Bibliografía

1. Medicina interna LOE (Lesión Ocupante de Espacio)>> Dr.Erickmar Morales-Medrano. Retieved June 19, 2019, from https://es.slideshare.net/emoralesmedrano/lesin-ocupante-de-espacio-lesiones-intracraneales
2. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación. 2015-2017. NANDA Internacional. Elsevier.
3. Johnson M, Bulechek G.M, Butcher H, Maas M.L, McCloskey Dochterman J, Moorchead S. Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC. 2ed. Barcelona: Elsevier; 2007
4. Johnson M, Maas M, Moorhead S, Swanson, E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) 5ª ed. Barcelona: Elsevier España, 2014.
5. Bulechek GM, Butcher, HK, Dochterman JM, Wagner, CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. (NIC) 6ª ed. Barcelona: Elsevier España, 2014.

Capítulo 53

Caso clínico. Utilización de terapia VAC en paciente parapléjico con UPP isquiática

Cubero Ruedas, Ana

Moreno Ruiz, Alicia

Martín Arévalo, Mª Prado

Agudo Mosquera, Silvia Natalia

Sanz Estudillo, Francisca

CASO CLÍNICO: UTILIZACIÓN DE TERAPIA VAC EN PACIENTE PARAPLÉJICO CON UPP ISQUIÁTICA

INTRODUCCIÓN: ¿Qué es el VAC?

Consiste en una técnica que aplica presión negativa en el lecho de la herida, lo que absorbe el exudado y el líquido extracelular. Esto reduce el edema y la hipoxia tisular, aumentando el flujo de oxígeno y el aporte de nutrientes, minimizando de esta manera el crecimiento de microorganismos.

OBJETIVOS

Demostrar la eficacia de la terapia por presión negativa, V.A.C (Vacum Assisted Closure) en la resolución de una UPP infectada y de tórpida evolución.

MATERIALES

-Bomba de vacío.
-Sistemas / líneas de presión.
-Depósito.
-Esponja de poliuretano y/o polivinilo.
- Apósito adhesivo transparente.

CONTRAINDICACIONES

- Exposición de estructuras vitales.
- Infección en curso.
- Tejido desvitalizado o neoplasicos.
- Piel frágil.
- Alergia al adhesivo.
- Heridas isquémicas.

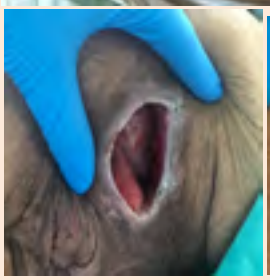
COMPLICACIONES

-Sangrado.
-Infección.
-Daño de órgano interno.
-Fístula enterocutánea.



CASO CLÍNICO

Paciente de 48 años que ingresa por infección en UPP grado IV isquiática derecha. Antecedentes de paraplejia secundaria a siringomelia T4-T7 postraumatica hace 28 años, DMII en ttº con ADO, fumador de 20 cig/día .Tras ttº empírico con antibiótico específico según antibiograma y curas diarias con desbridamiento quirúrgico y autolítico desaparece la infección pero existe un mal control del exudado que continua siendo moderado- importante e impide al paciente mantener una vida normal y la UPP tiene unas dimensiones importantes visualizándose tejido muscular por lo que se decide la utilización de la terapia VAC con presión intermitente. Desde la primera cura que se realiza a las 72h de su colocación ya se observa un importante aumento del tejido de granulación siendo en la segunda cura cuando ya no se encuentra expuesto el tejido muscular y solamente existe afectación de tejido subcutáneo. A los 15 días de su colocación el paciente se marcha de alta con una UPP grado III que reducción visible de las dimesiones de la UPP, con total control del exudado lo cual le deja realizar una vida normal y con curas espaciadas a 1-2 veces a la semana.







METODOLOGÍA

Utilización y manejo de la terapia VAC y elaboración de un plan de cuidados para la evolución de la úlcera durante el ingreso hospitalario.

MANEJO DE CUIDADOS

- Cambio-cura c/ 72h.
-Límite de presión (125 mmhg).
-Volumen límite en el depósito (350cc).
- Vigilar acodamientos y fugas.

DIAGNÓSTICOS	PLANIFICACIÓN	EJECUCIÓN
- Deterioro de la integridad tisular	-Recuperar la integridad de los tejidos	-Instauración de la terapia VAC y realización de cura según procedimiento
- Riesgo de infección	-Evitar infección	- Garantizar medidas de asepsia. Valoración del estado nutricional. Evaluación continua de signos y síntomas

CONCLUSIÓN

Con la utilización de la terapia VAC conseguimos una evolución rápida y favorable , un ahorro de tiempo ya que las curas se espacian a dos veces a la semana según evolución, también un gran ahorro de molestias al propio paciente mejorando así su calidad de vida, permitiéndole una mayor movilidad y hacer una vida normal con un control eficaz del exudado y por consiguiente la aceleración del crecimiento del tejido de granulación y la cicatrización de su UPP.

La unificación de criterios, la formación, valoración y el cumplimiento de un plan de cuidados nos permitirá prestar unos cuidados de calidad en el uso de la terapia VAC.

Resumen: *La terapia VAC (Vacum Assisted Closure) consiste en una técnica que aplica presión negativa en el lecho de la herida, lo que absorbe el exudado y el líquido extracelular. Esto reduce el edema y la hipoxia tisular, aumentando el flujo de oxígeno y el aporte de nutrientes, minimizando de esta manera el crecimiento de microorganismos.*

Nuestro objetivo es demostrar la eficacia de la terapia por presión negativa, V.A.C (Vacum Assisted Closure) en la resolución de una UPP infectada y de tórpida evolución para ello presentamos un caso clínico y analizamos sus posibles complicaciones y contraindicaciones.

Palabras Clave: *Terapia; paciente; úlcera.*

Introducción

Paciente de 48 años que ingresa por infección en UPP grado IV isquiática derecha. Antecedentes de paraplejia secundaria a siringomelia T4-T7 postraumática hace 28 años, DMII en ttº con ADO, fumador de 20 cig/día.

Tras ttº empírico con antibiótico específico según antibiograma y curas diarias con desbridamiento quirúrgico y autolítico desaparece la infección pero existe un mal control del exudado que continua siendo moderado- importante e impide al paciente mantener una vida normal y la UPP tiene unas dimensiones importantes visualizándose tejido muscular por lo que se decide la utilización de la terapia VAC con presión intermitente. Desde la primera cura que se realiza a las 72 h. de su colocación ya se observa un importante aumento del tejido de granulación siendo en la segunda cura cuando ya no se encuentra expuesto el tejido muscular y solamente existe afectación de tejido subcutáneo. A los 15 días de su colocación el paciente se marcha de alta con una UPP grado III que reducción visible de las dimesiones de la UPP, con total control del exudado lo cual le deja realizar una vida normal y con curas espaciadas a 1-2 veces a la semana.

Material y métodos

Para ello analizamos la utilización y manejo de la terapia VAC y elaboraciómos un plan de cuidados para la evolución de la úlcera durante el ingreso hospitalario.

En el plan de cuidados nos centramos en los diagnosticos de deterioro de la integridad tisular y riesgo de infección, planificamos y ejecutamos una serie de cuidados que son instaurar la terapia VAC y realizar las cura según procedimiento, garantizar medidas de asepsia, valorar el estado nutricional y evaluación continua de signos y síntomas.

Conclusión

Así concluimos que con la utilización de la terapia VAC conseguimos una evolución rápida y favorable , un ahorro de tiempo ya que las curas se espacian a dos veces a la semana según evolución, también un gran ahorro de molestias al propio paciente mejorando así su calidad de vida, permitiéndole una mayor movilidad y hacer una vida normal con un control eficaz del exudado y por consiguiente la aceleración del crecimiento del tejido de granulación y la cicatrización de su UPP.

La unificación de criterios, la formación, valoración y el cumplimiento de un plan de cuidados nos permitirá prestar unos cuidados de calidad en el uso de la terapia VAC.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Bibliografía

1. Morykwas MJ, Argenta LC, Shelton-Brown EI, et al.: Vacuum-assisted closure: A new method for wound control and treatment. Animal studies and basic foundation. Ann Plast Surg 1997;38: 553.

2. Blume PA, Walters J, Payne W, Ayala J, Lantis J. Comparison of negative pressure wound therapy using vacuum-assisted closure with advanced moist wound therapy in the treatment of diabetic foot ulcers: A multicenter randomized controlled trial. Diabetes Care 2008;31:631.

3. Llanos S, Danilla S, Barraza C, et al.: Effectiveness of negative pressure closure in the integration of split thickness skin grafts. Ann Surg. 2006;244:700.

Capítulo 54

Caso clínico: Paciente con acalasia sometida a miotomía peroscópica peroral (POEM)

Granados Navas, Mª Paz

Arroyo Ayllón, David

Caso clínico: Paciente con acalasia sometido a miotomía peroscópica peroral (POEM)

Introducción

La Acalasia es el trastorno motor primario más frecuente del esófago. Se produce por la incapacidad del esófago de contraerse y empujar el alimento hasta el estómago. Se caracteriza por la ausencia de relajación del esfínter esofágico inferior (EEI) y aperistalsis del esófago, produciendo síntomas como disfagia, regurgitación, pérdida de peso, dolor retroesternal. Se origina por alteraciones de las estructuras nerviosas del esófago y su causa exacta no se conoce. Puede presentarse a cualquier edad y afecta por igual a hombres y mujeres.

Actualmente existe el POEM es un procedimiento endoscópico utilizado para disminuir la disfagia en pacientes con Acalasia mediante una miotomia del EEI, mejorando las anomalías peristálticas del esófago.

Observación Clínica

Paciente varón de 70 años, con antecedentes personales de Diabetes Mellitus tipo 2 y HTA, acude a consulta de digestivo derivado de atención primaria. Durante la valoración el paciente refiere disfagia, dolor retroesternal e importante pérdida de peso. Se solicita TAC donde se detecta una dilatación esofágica. Posteriormente se realiza gastroscopia y manometría esofágica de alta resolución. En la gastroscopia se observan abundantes líquidos en esófago, sin alteraciones mucosas. En la manometría se aprecia cuerpo esofágico con aperistalsis, acompañado de relajación alterada del esfínter esofágico inferior (EEI). El esofagograma demuestra retención de contraste baritado, siendo compatible con acalasia tipo II.

Se explica al paciente las posibles opciones de tratamiento, dentro de las cuales se encuentra la miotomia periscópica peroral (POEM), la cual el paciente decide hacerse. Firma el consentimiento informado y se programa para intervención.

El paciente ingresa en la planta de digestivo para preparación y posterior intervención de la acalasia.

Plan de Cuidados Enfermeros

Principales diagnósticos

00103 Deterioro de la deglución

r/c acalasia m/ quejas de tener "algo atascado"

NOC

1010 Estado de deglución
101103 Ausencia de dolor epigástrico.
101105 Estado conductual relacionado con el horario de comidas.
101109 Ausencia de vómitos nocturnos.
101110 Ausencia de degluciones repetitivas.

00303 Cuidados personales: comer
030312 Deglute la comida
030308 Se lleva comida a la boca con los utensilios
030309 Bebe de una taza o vaso.

NIC

1860 Terapia de deglución
-Retirar los factores de distracción del ambiente antes de trabajar con el paciente en la deglución.
-Colocarse de forma tal, que paciente pueda vernos y oírnos.
-Explicar el fundamento del régimen de deglución al paciente/familia.
-Controlar si hay signos de fatiga al comer, beber y tragar.
-Comprobar la boca para ver si hay restos de comida después de comer.
-Ayudar a mantener la ingesta calórica y de líquidos adecuada.

1460 Relajación muscular progresiva
-Indicar al paciente que debe llevar prendas cómodas, no restrictivas.
-Elegir un ambiente tranquilo y cómodo, con iluminación suave.
-Indicar al paciente que se centre en las sensaciones de los músculos mientras están relajados.
- Dar tiempo para que el paciente exprese sus sentimientos acerca de la intervención.

00132 Dolor agudo

r/c agentes lesivos m/p informe verbal

NOC

1605: Control del dolor.
•160505 Utiliza analgésicos de forma apropiada.
•160507 Refiere síntomas al profesional sanitario.
•160502 Reconoce el comienzo del dolor

2102: Nivel del dolor.
•210205: Expresiones verbales de dolor.
•210203: Frecuencia del dolor.
•210215: Pérdida de apetito.

NIC

1400 Manejo del dolor
-Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
- Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos)
•Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles en la analgesia.

2380 Manejo de la medicación
-Vigilar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación.
-Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos.
-Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica y/o el protocolo.

00146 Ansiedad

r/c estado de salud m/p preocupación

NOC

1300 Aceptación estado salud
13006 Expresa sentimientos sobre el estado de salud
13008 Reconocimiento de la realidad de la situación de salud
13009 Búsqueda de información

1402 Control de la ansiedad
140203 Busca información para reducir la ansiedad
140211 Conserva las relaciones sociales
140214 Refiere dormir de forma adecuada
140217 Controla la respuesta de ansiedad

NIC

7310 Cuidados de enfermería al ingreso
-Realizar la valoración física de ingreso, si procede.
-Disponer una intimidad adecuada para el paciente /familia.
-Mantener la confidencialidad de los datos del paciente.

5270 Apoyo emocional
-Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
-Facilitar la identificación por parte del paciente de esquemas de respuesta habituales a los miedos.

5230 Aumentar el afrontamiento
-Disponer un ambiente de aceptación
-Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
-Animar al paciente a desarrollar relaciones.
-Explorar los éxitos anteriores del paciente.

00011 Estreñimiento

r/c poca motilidad gastrointestinal m/p cambio en el patrón de alimentación

NOC

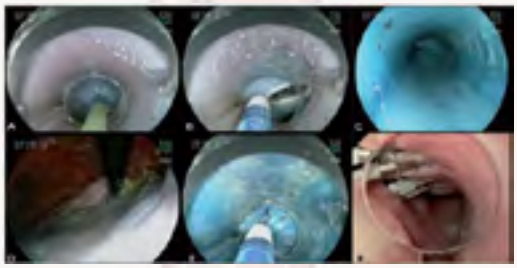
00208 Nivel de movilidad
020806 Deambulación: camina
020803 Movimiento muscular
020801 Mantenimiento del equilibrio.

01008 Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos.
100801 Ingestión alimentaria oral
100802 Ingestión hídrica oral

NIC

450 Manejo del estreñimiento/ impactación
-Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.
-Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, a menos que esté contraindicado
-Evaluar la medicación para ver si hay efectos gastrointestinales secundarios.
-Enseñar al paciente/ familia a mantener un diario de comidas.

440 Entrenamiento intestinal
-Enseñar al paciente/familia, los principios de la educación intestinal.
-Asegurar una ingesta adecuada de líquidos.
-Disponer intimidad.



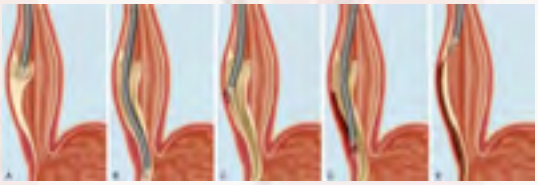
Discusión

La técnica POEM presenta múltiples ventajas con respecto a otros tratamientos: no requiere incisiones quirúrgicas, favoreciendo la recuperación y el resultado estético. Permite la posibilidad de actuar en casi la totalidad de la longitud de la capa muscular esofágica, pudiendo tratar otros trastornos motores no específicos y el Esófago Hipercontráctil. Permite abordar cualquier vertiente de la pared esofágica para evitar las adherencias en zonas tratadas previamente con la misma u otras técnicas endoscópicas. El reflujo gastro esofágico es el principal resultado adverso del POEM, sin embargo los estudios existentes no han demostrado que éste se produzca con más frecuencia que tras aplicar las otras técnicas existentes.

El POEM requiere habilidades endoscópicas avanzadas, el manejo de una gran diversidad de instrumentos, familiarización con técnicas de hemostasia, disección y eventual manejo de perforaciones mucosas y otras complicaciones.

Conclusiones

La técnica POEM surge como una alternativa terapéutica nueva para el tratamiento de la Acalasia y otros trastornos motores esofágicos. Según los datos publicados, es un procedimiento seguro y con alta eficacia a corto y medio plazo. Se requiere un mayor plazo de observación para conocer la persistencia de su efecto a largo plazo.



Resumen: *La acalasia es un trastorno de motilidad esofágica. Se caracteriza por la ausencia de peristaltismo del cuerpo del esófago y por la falta de relajación del esfínter esofágico inferior.*

Existen diversas alternativas para el tratamiento de esta patología. La técnica miotomia peroscópica peroral (POEM) se ha desarrollado como una nueva técnica endoscópica para el tratamiento de esta patología. Consta de cinco pasos críticos: elevación de la mucosa esofágica, incisión de la mucosa, creación del túnel submucoso, miotomia de las fibras circulares internas de la pared esofágica extendiéndose hasta el estómago y cierre del defecto en la mucosa.

Palabras Clave: *Acalasia esofágica; miotomia endoscópica; cuidados de enfermería.*

Introducción

La Acalasia es el trastorno motor primario más frecuente del esófago. Se produce por la incapacidad del esófago de contraerse y empujar el alimento hasta el estómago. Se caracteriza por la ausencia de relajación del esfínter esofágico inferior (EEI) y aperistalsis del esófago, produciendo síntomas como disfagia, regurgitación, pérdida de peso, dolor retroesternal. Se origina por alteraciones de las estructuras nerviosas del esófago y su causa exacta no se conoce. Puede presentarse a cualquier edad y afecta por igual a hombres y mujeres.

Actualmente existe el POEM es un procedimiento endoscópico utilizado para disminuir la disfagia en pacientes con Acalasia mediante una miotomia del EEI, mejorando las anomalías peristálticas del esófago.

Observación clínica

El caso clínico presentado se trata de un varón de 70 años, con antecedentes personales de Diabetes Mellitus tipo 2 y HTA, acude a consulta de digestivo derivado de atención primaria. Durante la valoración el paciente refiere disfagia, dolor retroesternal e importante pérdida de peso. Se solicita TAC donde se detecta una dilatación esofágica. Posteriormente se realiza gastroscopia y manometría esofágica de alta resolución. En la gastroscopia se observan abundantes líquidos en esófago, sin alteraciones mucosas. En la manometría se aprecia cuerpo esofágico con aperistalsis, acompañado de relajación alterada del esfínter esofágico inferior (EEI). El esofagograma demuestra retención de contraste baritado, siendo compatible con acalasia tipo II.

Se explica al paciente las posibles opciones de tratamiento, dentro de las cuales se encuentra la miotomia periscópica peroral (POEM), la cual el paciente decide hacerse. Firma el consentimiento informado y se programa para intervención.

El paciente ingresa en la planta de digestivo para preparación y posterior intervención de la acalasia.

Plan de cuidados enfermeros

NANDA.- 00103 Deterioro de la deglución, r/c acalasia m/quejas de tener “algo atascado”.

NOC.- 1010 Estado de deglución

00303 Cuidados personales: Comer

ISBN: 978-84-949197-6-3

NIC.- 1860 Terapia de deglución.

1460 Relajación muscular progresiva.

NANDA.- 00132 Dolor agudo r/c agente lesivo m/p informe verbal.

NOC.- 1605 Control del dolor

2102Nivel del dolor

NIC. -1400 Manejo del dolor

2380 Manejo de la medicación.

NANDA.- 00146 Ansiedad r/c estado de salud m/p preocupación.

NOC.- 1300Aceptación estado salud

1402 Control de la ansiedad

NIC.- 7310Cuidados de enfermería al ingreso

5270 Apoyo emocional

5230Aumentar el afrontamiento

NANDA.- 00011 Estreñimiento r/c poca motilidad gastrointestinal m/p cambio en el patrón de alimentación

NOC.- 00208 Nivel de movilidad

01008 Estado nutricional: Ingestión alimentaria y de líquidos.

NIC.- 450 Manejo del estreñimiento/ impactación

440 Entrenamiento intestinal

Discusión

La técnica POEM presenta múltiples ventajas con respecto a otros tratamientos: no requiere incisiones quirúrgicas, favoreciendo la recuperación y el resultado estético. Permite la posibilidad de actuar en casi la totalidad de la longitud de la capa muscular esofágica, pudiendo tratar otros trastornos motores no específicos y el Esófago Hipercontráctil. Permite abordar cualquier vertiente de la pared esofágica para evitar las adherencias en zonas tratadas previamente con la misma u otras técnicas endoscópicas. El reflujo gastro esofágico es el principal resultado adverso del POEM, sin embargo, los estudios existentes no han demostrado que éste se produzca con más frecuencia que tras aplicar las otras técnicas existentes.

El POEM requiere habilidades endoscópicas avanzadas, el manejo de una gran diversidad de instrumentos, familiarización con técnicas de hemostasia, disección y eventual manejo de perforaciones mucosas y otras complicaciones.

Conclusiones

La técnica POEM surge como una alternativa terapéutica nueva para el tratamiento de la Acalasia y otros trastornos motores esofágicos. Según los datos publicados, es un procedimiento seguro y con alta eficacia a corto y medio plazo. Se requiere un mayor plazo de observación para conocer la persistencia de su efecto a largo plazo.

Bibliografía:

1. Drs. Ricardo Mejía M, Felipe León F, Andrés Donoso D, Fernando Pimentel M, Luis Ibáñez A, Allan Sharp P. Desarrollo de una técnica endoscópica para el tratamiento de la Acalasia: POEM. Revista Chilena de Cirugía. Vol. 66 - Nº 2, Abril 2014; pág. 181-187.
2. Rodríguez, S, Bayo, A, Marco, A, Cuevas, C. Técnica POEM (Per Oral Endoscopic Myotomy) como tratamiento de la Acalasia. Enferm Endosc Dig. 2017;4(2):32-35.
3. V.F. Moreira y A. López San Román. Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. Rev Esp Enferm Dig (Madrid) Vol. 100. N.° 5, pp. 304, 2008.
4. NANDA - NOC – NIC. Disponible en: http://www.mundoenfermero.com/nandanocnic/ini_abm.php.
5. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación: 2015-2017. Madrid: Elsevier España; 2014.

Capítulo 55

Caso clínico: Paciente con toxicodermia generalizada

Ruiz de Lara Marín, Mª Ángeles

Martín Sancho, Juncal

González Rubio, Alicia

Blanco Pozo, Mª Isabel

Pinilla González-Gallego, Sagrario

Sánchez Fernández, Rosa María

CASO CLÍNICO:
PACIENTE CON TOXICODERMIA GENERALIZADA

INTRODUCCIÓN

Las toxicodermias son dermatosis que pueden afectar la piel, las mucosas y/o los anejos. Están causadas por el efecto nocivo de diversas sustancias, generalmente medicamentos, que penetran en el organismo por diferentes vías (oral, inhalatoria, parenteral, tópica...)

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Mujer, 43 años, discapacidad psíquica del 65%. IABVD. Obesidad mórbida.

Visitas sucesivas a su MAP y urgencias por lesiones en la piel que empiezan diseminadas y terminan generalizándose.

Tras empeoramiento progresivo de las lesiones acude a urgencias del Hospital donde es valorada por dermatología y diagnosticada de CANDIDIASIS CUTÁNEA GENERALIZADA, para la que se pautó FLUCONAZOL 100 MG 1c/d X 12 d. Y TRATAMIENTO TÓPICO.

En segunda visita al hospital sin mejoría y derivada por MAP, modifican diagnóstico: ERITEMA Y DESCAMACIÓN DE TODA LA PIEL DESDE CARA HASTA EXTREMIDADES, ULCERADAS EN PLIEGUES CON ZONAS DE SOBREINFECCIÓN CON COSTRAS AMARILLENTAS SIN SECRECIÓN.

Hospitalización durante 23 días, tras los cuales recibe alta al domicilio con tratamiento tópico

Diez días más tarde, nuevo ingreso hospitalario con empeoramiento de las lesiones y diagnóstico definitivo de TOXICODERMIA GENERALIZADA POR FLUCONAZOL.



PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS

DOMINIO 0011 SEGURIDAD/PROTECCIÓN
CLASE: 0001 INFECCIÓN
00046 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA
-r/c medicamentos, alteración del estado nutricional (obesidad), alteraciones del turgor
-m/p destrucción de las capas de la piel (dermis), alteración de la superficie de la piel (epidermis)
NOC:
1101 INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS
1004 ESTADO NUTRICIONAL
1103 CURACIÓN DE LA HERIDA POR SEGUNDA INTENCIÓN.
NIC:
3590 VIGILANCIA DE LA PIEL
1100 MANEJO DE LA NUTRICIÓN
3660 CUIDADOS DE LAS HERIDAS
7040 APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL

DOMINIO 0004 ACTIVIDAD/REPOSO
CLASE: 0001 REPOSO/SUEÑO
00108 DÉFICIT DE AUTOCUIDADO. BAÑO/HIGIENE
-r/c deterioro cognitivo
-m/p incapacidad para lavar total o parcialmente cuerpo
NOC:
0300 CUIDADOS PERSONALES: AVD
0301 CUIDADOS PERSONALES: BAÑO
0305 CUIDADOS PERSONALES: HIGIENE

NIC:
1610 BAÑO
1801 AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: BAÑO/H
4360 MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA.

DOMINIO 0005 PERCEPCIÓN/COGNICIÓN
CLASE: 0001 ATENCIÓN
00126 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES
-r/c limitación cognitiva, poca familiaridad con los recursos para obtener la información.
-m/p alteración de la personalidad y deterioro de la socialización
NOC
900 CAPACIDAD COGNITIVA
1805 CONOCIMIENTO: CONDUCTAS SANITARIAS
1803 CONOCIMIENTO: PROCESO DE LA ENFERMEDAD
1808 CONOCIMIENTO: MEDICACIÓN

NIC
1100 MANEJO DE LA NUTRICIÓN
5510 EDUCACIÓN SANITARIA
5520 FACILITAR EL APRENDIZAJE
5606 ENSEÑANZA INDIVIDUAL

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El correcto diagnóstico y planificación de los cuidados de enfermería, basados en las intervenciones y objetivos claramente definidos en nuestro caso, ha dado un resultado satisfactorio con la paciente, la cual, dadas sus características especiales requieren de una atención constante y permanente, así como la de su cuidador principal que deberá tener presente, gracias a la educación sanitaria recibida, la importancia en el desarrollo de los cuidados.

BIBLIOGRAFÍA:
1.Bel Plá S, García-Fernández D, García-Patos Briones V. Toxicodermias: etiología, patogenia y patrones clínicos (I). JAMO 2003;61:35-41.
2.Aguilar Escobar J, Calvi Fernández R . Toxicodermias.
3.Erupciones cutáneas por fármacos. Gac Med Bol. v. 31n. 1 Cochabamba jun. 2008
4.Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017, 1st Edition, T. Heather Herdman Shigemi Kamitsuru , Ed., Elsevier, 23rd October 2014.

Resumen: *Mujer de 43 años con toxicodermia generalizada.*

El correcto diagnóstico y planificación de los cuidados de enfermería, basados en las intervenciones y objetivos claramente definidos en nuestro caso, ha dado un resultado satisfactorio con la paciente, la cual, dadas sus características especiales requieren de una atención constante y gracias a la educación sanitaria recibida ha sido esencial la importancia en el desarrollo de los cuidados.

Palabras Clave: *Cuidados; enfermería; piel.*

Introducción

Las toxicodermias son dermatosis que pueden afectar la piel, las mucosas y/o los anejos. Están causadas por el efecto nocivo de diversas sustancias, generalmente medicamentos, que penetran en el organismo por diferentes vías (oral, inhalatoria, parenteral, tópica...).

Observación Clínica

Mujer, 43 años, discapacidad psíquica del 65%. IABVD. Obesidad mórbida.

Visitas sucesivas a su MAP y urgencias por lesiones en la piel que empiezan diseminadas y terminan generalizándose. Tras empeoramiento progresivo de las lesiones acude a urgencias del Hospital donde es valorada por dermatología y diagnosticada de *candidiasis cutánea generalizada*, para la que se pautó Fluconazol 100 mg 1c/d x 12 d. y tratamiento tópico.

En segunda visita al hospital sin mejoría y derivada por MAP, modifican diagnóstico: *Eritema y descamación de toda la piel desde cara hasta extremidades, ulceradas en pliegues con zonas de sobreinfección con costras amarillentas sin secreción.* Hospitalización durante 23 días, tras los cuales recibe alta al domicilio con tratamiento tópico: Higiene Dexeryl crema lavante ducha diaria e hidratación con Dexeryl crema.

Diez días más tarde, nuevo ingreso hospitalario con empeoramiento de las lesiones y diagnóstico definitivo de *toxicodermia generalizada por Fluconazol.*

Plan de cuidados enfermeros

Dominio 0011 seguridad/protección. Clase: 0001 infección. 46 Deterioro de la integridad cutánea.

- r/c medicamentos, alteración del estado nutricional (obesidad), alteraciones del turgor.
- m/p destrucción de las capas de la piel (dermis), alteración de la superficie de la piel (epidermis).

NOC: 1101 Integridad tisular: Piel y membranas mucosas.

1004 Estado nutricional.

1103 Curación de la herida por segunda intención.

NIC: 3590 Vigilancia de la piel.

1100 Manejo de la nutrición.

3660 Cuidados de las heridas.

7040 Apoyo al cuidador principal.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Dominio 0004 actividad/reposo. Clase: 0001 Reposo/sueño. 00108 Déficit de autocuidado, baño/higiene.

- r/c deterioro cognitivo.
- m/p incapacidad para lavar total o parcialmente el cuerpo.

NOC: 300 Cuidados personales: AVD.

301 Cuidados personales: Baño.

305 Cuidados personales: Higiene.

NIC: 1610 Baño.

1801 Ayuda con los autocuidados: Baño/higiene.

4360 Modificación de la conducta.

Dominio 0005 percepción/cognición. Clase: 0001 Atención. 00126 Conocimientos deficientes.

- r/c limitación cognitiva , poca familiaridad con los recursos para obtener la información.
- m/p alteración de la personalidad y deterioro de la socialización.

NOC: 900 Capacidad cognitiva.

1805 Conocimiento: Conductas sanitarias.

1803 Conocimiento: Proceso de la enfermedad.

1808 Conocimiento: Medicación.

NIC: 1100 Manejo de la nutrición.

5510 Educación sanitaria.

5520 Facilitar el aprendizaje.

5606 Enseñanza individual.

Discursión y conclusiones

El correcto diagnóstico y planificación de los cuidados de enfermería, basados en las intervenciones y objetivos claramente definidos en nuestro caso, ha dado un resultado satisfactorio con la paciente, la cual, dadas sus características especiales requieren de una atención constante y permanente, así como la de su cuidador principal que deberá tener presente, gracias a la educación sanitaria recibida, la importancia en el desarrollo de los cuidados

Bibliografía

1. Bel Pla S, García Fernández D, García-Patos Briones V. Toxicodermias: Etiología, patogenia y patrones clínicos (I). JANO 2001; 61: 35-41.
2. Erupciones cutáneas por fármacos. Gac Med Bol. v.31 n.1 Cochababba junio 2008.
3. Heather Herdman Shigemi Kamitsuru T. Diagnosticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2015-2017, 1º Edición, Ed. Elsevier, 23 Octubre 2015.

Capítulo 56

Caso clínico: Paciente portadora de port a cath

Ruiz García, Carmen

Ruiz García, María del Pilar

CASO CLÍNICO: PACIENTE PORTADORA DE PORT A CATH

INTRODUCCIÓN

El reservorio venoso subcutáneo también conocido como Port a cath, es un catéter central interno, de silicona, insertado con técnica tunelizada que se sitúa por debajo del tejido celular subcutáneo, permitiendo el acceso repetido al sistema vascular, a través de unas agujas llamadas Gripper.
Preferentemente, su implantación es torácica, situando el reservorio sobre el plano muscular. El acceso venoso se realiza a través de las venas yugular o subclavia
Su implantación se realiza de manera quirúrgica, y es necesario vigilar que no exista ningún signo de infección, rotación del dispositivo, etc... para ello es hay observar el lugar de la intervención y realizar curas diarias hasta la extracción de los puntos de la sutura de la incisión.
Como ventajas en la implantación de este dispositivo destacamos:

- Es permanente, preserva vías periféricas.
- Menor sufrimiento y mayor libertad para el paciente (tratamientos ambulatorios).
- No se ve alterada su imagen corporal.
- Permite la administración de tratamiento más agresivos con menor riesgo (quimioterapia)
- Se pueden realizar extracciones sanguíneas.
- Se producen menos infecciones.

CASO CLÍNICO

Paciente de 56 años diagnosticada de cáncer de colón hacen 4 años, ante una recidiva de la enfermedad para la que necesitará tratamiento quimioterápico intravenoso se le propone la colocación de un catéter central de acceso tunelizado. Con el fin de evitar múltiples venopunciones en vasos dañados por el tratamiento. Para mitigar su temor, como enfermera de atención primaria le daremos a nuestra paciente las pautas necesarias para el correcto cuidado del dispositivo.

NANDA	NIC	NOC
00146 Ansiedad r/c proceso de enfermedad	1211 Nivel de ansiedad -Verbaliza su estado de ansiedad 1402 Autocontrol de la ansiedad -Sabe aplicar técnicas para reducir el estrés. -Refiere ausencia de manifestaciones físicas estresantes.	2300 Administración de medicación -Administrar medicación pautada si procede. -Instruir al paciente o familia acerca de las acciones y efectos adversos esperados de la medicación. 5820 Disminución de la ansiedad. -Animar a hablar sobre sus preocupaciones. -Escuchar con atención. -Responder las dudas que vayan apareciendo sobre su proceso de enfermedad.
00004 Riesgo de infección	0702 Estado inmune -Conserva signos vitales en parámetros normales. -No verbaliza cambios en su estado general. 1902 Control de riesgos -Reconoce factores de riesgo explicados.	2300 Administración de medicación -Administrar medicación pautada. -Vigilar capacidad de respuesta del paciente. 6520 Análisis de la situación sanitaria. -Medir constantes vitales. -Remitir al paciente a otros profesionales si precisa. -Realizar valoración física tantas veces como sea necesario si se aprecian cambios. 6550 Protección contra las infecciones -Facilitar el descanso. -Inspeccionar el estado de la herida según protocolo o si se aprecian cambios físicos o verbaliza molestias el paciente. -Mantener normas de asepsia. -Obtener muestras para realizar cultivo si resulta necesario.
00188 Temor	1210 Nivel de miedo	4920 Escucha activa -Evitar barreras físicas. -Favorecer la expresión de sus miedos. 5340 Presencia -Comunicar comprensión por la experiencia que está pasando el paciente. -Establecer relación de confianza que transmita tranquilidad cuando demos las explicaciones precisas.
00046 Deterioro de la integridad cutánea	1101 Integridad de la piel. 1102 Curación de la herida por primero intención.	3440 Cuidado del sitio de incisión. -Explicar procedimiento a aplicar. -Realizar cura según proceda: antiséptico y apósito transparente, manteniendo la mayor asepsia. 3590 Vigilancia de la piel -Vigilar regularmente o ante quejas del paciente. 3660 Cuidado de las heridas -Comparar y registrar regularmente cambios. -Mantener la zona limpia siguiendo protocolo. 5618 Enseñanza/procedimiento -Dar tiempo para que exprese sus dudas y proporcionar las explicaciones que precise. -Enseñar al paciente cómo cooperar en su plan de cuidados. -Explicar los procedimientos que se aplican. -Enseñar los signos de alarma a observar y que le pondrán sobre aviso.

CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

La implantación de este dispositivo supone un gran beneficio pacientes oncológicos, ya que se ha incrementado la calidad de vida de estos pacientes tanto por la mayor facilidad de utilización, como en la reducción del número de ingresos hospitalarios. Al igual que en cualquier otra técnica médico-quirúrgica, no están exentos de complicaciones derivadas bien del implante, utilización o mantenimiento en el tiempo de estos dispositivos. Por ello, es necesario por parte del personal de enfermería una correcta técnica en la manipulación de estos dispositivos, así como instruir al paciente sobre los cuidados domiciliarios a tener en cuenta desde la fase de implantación a su evolución a lo largo del tiempo.

Resumen: *La implantación de port a cath supone un gran beneficio pacientes oncológicos, ya que se ha incrementado la calidad de vida de estos pacientes tanto por la mayor facilidad de utilización, como en la reducción del número de ingresos hospitalarios. Al igual que en cualquier otra técnica médico-quirúrgica, no están exentos de complicaciones. Por ello, es necesario por parte del personal de enfermería una correcta técnica en la manipulación de estos dispositivos, así como instruir al paciente sobre los cuidados domiciliarios a tener en cuenta desde la fase de implantación a su evolución a lo largo del tiempo.*

Palabras Clave: *Dispositivos de acceso vascular; complicaciones; atención de enfermería.*

Introduccion

El reservorio venoso subcutáneo también conocido como Port a cath, es un catéter central interno, de silicona, insertado con técnica tunelizada que se sitúa por debajo del tejido celular subcutáneo, permitiendo el acceso repetido al sistema vascular, a través de unas agujas llamadas Gripper.

Preferentemente, su implantación es torácica, situando el reservorio sobre el plano muscular. El acceso venoso se realiza a través de las venas yugular o subclavia

Su implantación se realiza de manera quirúrgica, y es necesario vigilar que no exista ningún signo de infección, rotación del dispositivo, etc... para ello es hay observar el lugar de la intervención y realizar curas diarias hasta la extracción de los puntos de la sutura de la incisión.

Como ventajas en la implantación de este dispositivo destacamos:

- Es permanente, preserva vías periféricas.
- Menor sufrimiento y mayor libertad para el paciente (tratamientos ambulatorios).
- No se ve alterada su imagen corporal.
- Permite la administración de tratamiento más agresivos con menor riesgo (quimioterapia)
- Se pueden realizar extracciones sanguíneas.
- Se producen menos infecciones.

Caso clínico

Paciente de 56 años diagnosticada de cáncer de colón hacen 4 años, ante una recidiva de la enfermedad para la que necesitará tratamiento quimioterápico intravenoso se le propone la colocación de un catéter central de acceso tunelizado. Con el fin de evitar múltiples venopunciones en vasos dañados por el tratamiento. Para mitigar su temor, como enfermera de atención primaria le daremos a nuestra paciente las pautas necesarias para el correcto cuidado del dispositivo.

Realizaremos una valoración de enfermería utilizando la taxonomía NANDA, NIC, NOC

00146 Ansiedad r/c proceso de enfermedad.

1211 Nivel de ansiedad.

ISBN: 978-84-949197-6-3

- Verbaliza su estado de ansiedad.

1402 Autocontrol de la ansiedad.

- Sabe aplicar técnicas para reducir el estrés.

- Refiere ausencia de manifestaciones físicas estresantes.

2300 Administración de medicación.

- Administrar medicación pautada si procede.

- Instruir al paciente o familia acerca de las acciones y efectos adversos esperados de la medicación.

5820 Disminución de la ansiedad.

- Animar a hablar sobre sus preocupaciones.

- Escuchar con atención.

- Responder las dudas que vayan apareciendo sobre su proceso de enfermedad.

00004 Riesgo de infección.

0702 Estado inmune.

- Conserva signos vitales en parámetros normales.

- No verbaliza cambios en su estado general.

1902 Control de riesgos.

- Reconoce factores de riesgo explicados.

2300 Administración de medicación.

- Administrar medicación pautada.

- Vigilar capacidad de respuesta del paciente.

6520 Análisis de la situación sanitaria.

- Medir constantes vitales.

- Remitir al paciente a otros profesionales si precisa.

- Realizar valoración física tantas veces como sea necesario si se aprecian cambios.

6550 Protección contra las infecciones.

- Facilitar el descanso.

- Inspeccionar el estado de la herida según protocolo o si se aprecian cambios físicos o verbaliza molestias el paciente.

- Mantener normas de asepsia.

- Obtener muestras para realizar cultivo si resulta necesario.

00188 Temor.

1210 Nivel de miedo.

4920 Escucha activa.

- Evitar barreras físicas.

- Favorecer la expresión de sus miedos.

5340 Presencia

- Comunicar comprensión por la experiencia que está pasando el paciente.

- Establecer relación de confianza que transmita tranquilidad cuando demos las explicaciones precisas.

00046 Deterioro de la integridad cutánea.

1101 Integridad de la piel.

1102 Curación de la herida por primero intención.

3440 Cuidado del sitio de incisión.

- Explicar procedimiento a aplicar.

- Realizar cura según proceda: antiséptico y apósito transparente, manteniendo la mayor asepsia.

3590 Vigilancia de la piel.

- Vigilar regularmente o ante quejas del paciente.

3660 Cuidado de las heridas.

- Comparar y registrar regularmente cambios.

- Mantener la zona limpia siguiendo protocolo.

5618 Enseñanza/procedimiento.

- Dar tiempo para que exprese sus dudas y proporcionar las explicaciones que precise.

- Enseñar al paciente cómo cooperar en su plan de cuidados.

- Explicar los procedimientos que se aplican.

- Enseñar los signos de alarma a observar y que le pondrán sobreaviso.

Conclusión y discusión

Desde el punto de vista de la enfermería se deberá realizar un gran educación sanitaria a este tipo de paciente para conseguir un correcto manejo y mantenimiento de estos dispositivos con el fin de disminuir complicaciones y favorecer su permanencia.

Por ultimo resaltar que la evolución de un paciente porth a cath se ve favorecida cuando se aplican unos cuidados incluidos en un plan protocolizado. Por ello, es necesario que se continúe investi-

ISBN: 978-84-949197-6-3

gando en relación a los cuidados de enfermería en este tipo de pacientes, fomentando una práctica clínica basada en la evidencia científica.

Bibliografía

1. Cotilla JM, Prieto J, Frigolet P. Protocolo de uso y mantenimiento del reservorio venosos subcutáneo. Enfermería Global. 2008. Disponible en: http://revistas.um.es/eglobal/ article/ view/19601/18971.
2. García MV. Cuidados y recomendaciones para la prevención de la infección relacionada con los catéteres venosos centrales. Nursing 2010 Nov.
3. Codorniu N, Tuca A. Impacto sanitario y social del cáncer : Cuidados paliativos . Enfermería clínica avanzada. Madrid: Elsevier; 2014.

Capítulo 57

Caso clínico: Prevención y detención de úlcera por presión

Fernández Rodríguez, María de las Nieves

Caso clínico: Detención y prevención de ulceras por presión



María de las Nieves Fernández Rodríguez

Introducción

Paciente de 58 años IAVD, ex fumador, con HTA, DM tipo II, con sobrepeso, insuficiencia cardíaca y antecedentes de IAM que admite llevar una vida sedentaria.
Durante una visita domiciliaria a un familiar del susodicho paciente este acude a nosotros para consultar una "decoloración" de la piel de su pierna que había notado desde hacia unos meses y a la cuál no había dado importancia, refiere no sentir dolor, aunque a veces refiere sentir cierto picor en esa extremidad.
Al explorar la zona notamos la piel ligeramente mas caliente, seca y presenta algunas vesículas en el área afectada. El paciente no siente dolor al tacto.
Procedemos a lavar la piel y aplicar ácidos grasos hiperoxigenados en toda la extensión de la ulcera. Damos cita al paciente para comenzar cuanto antes con la educación sanitaria pertinente.

Escala de waterlow

Hombre	1 Punto
50- 64 años	2 puntos
Por encima de la media(sobrepeso)	1
Piel seca	1
Movilidad Total	0
Insuficiencia cardiaca	5
Enfermedad vascular Periferica	5
En tratamiento con corticoides en dosis elevadas	4
En tratamiento con antiinflamatorios	4

10-14 puntos Paciente en riesgo	15-19 puntos Riesgo alto	20- 92 Puntos Riesgo muy alto

Plan de cuidados de enfermería:

Deterioro de la movilidad física:
(NOC) Deambulación: caminata
- Fomento del ejercicio
- Enseñanza: actividad / ejercicio prescrito

Desequilibrio nutricional; ingesta superior a las necesidades:
(NOC)Control de peso / Conocimiento: dieta
- Fomento del ejercicio
- Manejo de la nutrición
- Ayuda para disminuir el peso
- Modificación de la conducta
- Acuerdo con el paciente
- Asesoramiento nutricional
- Enseñanza: dieta prescrita

Deterioro de la integridad cutanea:
(NOC) Estado nutricional / Integridad tisular: piel y membranas mucosas
- Manejo de la nutrición
- Cuidados de los pies
- Cuidados de las úlceras por presión
- Prevención de las úlceras por presión
- Vigilancia de la piel

Objetivos: Prevenir UPP. Detener la evolución de la ulcera a un estadio superior. Fomentar el ejercicio. Fomentar cambio de dieta.

Conclusión

Las úlceras por presión pueden traer como consecuencia infecciones que ponen en riesgo la salud del paciente e incluso pueden poner su vida en peligro. Las UPP representa el 5% del gasto sanitario anual. Su coste se ve incrementado según su gravedad y su prolongación en el tiempo. Se estima que puede varias desde los 24 euros para una ulcera de Grado I a los 6800 euros para grado IV.
La prevención de ulceras consiste en unas indicaciones muy fáciles:
- Asegurarse de tener siempre la piel limpia y seca.
- Hidratar la piel para evitar que se lesione.
- Respetar lo cambios de posición, procurando que sean por lo menos cada 2 horas.
- Disponer de elementos para aliviar la presión
Estas sencillas indicaciones ahorran un gran impacto tanto económico como personal al paciente.

Resumen: *Las úlceras por presión pueden traer como consecuencia infecciones que ponen en riesgo la salud del paciente e incluso pueden poner su vida en peligro. Las UPP representa el 5 % del gasto sanitario anual. Su coste se ve incrementado según su gravedad y su prolongación en el tiempo. Se estima que puede varias desde los 24 euros para una úlcera de Grado I a los 6800 euros para grado IV.*

Palabras Clave: *Pressure ulcer; preventive health services; nursing care.*

Introducción

Paciente de 58 años independiente para las actividades de la vida diaria, ex fumador, con hipertensión arterial, Diabetes mellitus tipo II, con sobrepeso, insuficiencia cardíaca y antecedentes de infarto agudo de miocardio que admite llevar una vida sedentaria.

Durante una visita domiciliaria a un familiar del susodicho paciente éste acude a nosotros para consultar una "decoloración" de la piel de su pierna que había notado desde hacia unos meses y a la cuál no había dado importancia, refiere no sentir dolor, aunque a veces refiere sentir cierto picor en esa extremidad.

Al explorar la zona notamos la piel ligeramente mas caliente, seca y presenta algunas vesículas en el área afectada. El paciente no siente dolor al tacto.

Procedemos a lavar la piel y aplicar ácidos grasos hiperoxigenados en toda la extensión de la úlcera. Damos cita al paciente para comenzar cuanto antes con la educación sanitaria pertinente.

Para determinar el riesgo de padecer úlceras por presión del paciente se valoró con la escala de waterlow, sacando una puntuación entre todos los ítems de 23 puntos; considerado riesgo muy alto.

En las sucesivas visitas a la consulta teniendo en cuenta sus antecedentes personales, la escala de waterlow y llegando a un acuerdo con el paciente se dispuso a realizarse el siguiente plan de cuidados de enfermería.

Plan de cuidados de enfermería

Deterioro de la movilidad física:

(NOC) Deambulación: Caminata.

- Fomento del ejercicio.
- Enseñanza: actividad / ejercicio prescrito.

Desequilibrio nutricional; ingesta superior a las necesidades:

(NOC) Control de peso / Conocimiento: Dieta.

- Fomento del ejercicio.
- Manejo de la nutrición.
- Ayuda para disminuir el peso.

ISBN: 978-84-949197-6-3

- Modificación de la conducta.

- Acuerdo con el paciente.

- Asesoramiento nutricional.

- Enseñanza: dieta prescrita.

Deterioro de la integridad cutánea:

(NOC) Estado nutricional / Integridad tisular: Piel y membranas mucosas.

- Manejo de la nutrición.

- Cuidados de los pies.

- Cuidados de las úlceras por presión.

- Prevención de las úlceras por presión.

- Vigilancia de la piel.

El objetivo de este plan será prevenir ulcera por presión. Detener la evolución de la úlcera a un estadio superior. Fomentar el ejercicio. Fomentar cambio de dieta.

Conclusión

Las úlceras por presión representa el 5 % del gasto sanitario anual. Gasto que puede verse incrementado por la gravedad de la lesión. Ademas son lesiones que se cronifican y tienen un gran impacto negativo para la vida del paciente.

La prevención de úlceras consiste en unas indicaciones muy fáciles:

- Asegurarse de tener siempre la piel limpia y seca.
- Hidratar la piel para evitar que se lesione.
- Respetar lo cambios de posición, procurando que sean por lo menos cada 2 horas.
- Disponer de elementos para aliviar la presión.

Estas sencillas indicaciones ahorran un gran impacto tanto económico como personal al paciente.

Bibliografía:

1. Pablo López-Casanova. El coste del tratamiento de las úlceras por presión supera los 600 millones de euros cada año - GNEAUPP. URL: https://gneaupp.info/el-coste-del-tratamiento-de-las-ulceras-por-presion-supera-los-600-millones-de-euros-cada-ano/.
2. García Fernández F, Pancorbo Hidalgo P, Soldevilla Ágreda J, Blasco García C. Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. Gerokomos. 2008;19(3).
3. Hernández Ortiz J. Prevención y cuidados en úlceras por presión: ¿Dónde estamos? [Internet]. Scielo.isciii.es. 2009 [cited 20 June 2019]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000300007.

Capítulo 58

Caso clínico: Seguimiento y cuidados de enfermería en paciente con enfermedad de Crohn

Mazuecos Araque, María del Pilar

Molina Torrecillas, Inmaculada

Vivar López- Bueno, Silvia

CASO CLÍNICO: SEGUIMIENTO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Crohn (EC) es un trastorno inflamatorio crónico que afecta a cualquier parte del tracto gastrointestinal, en la que se pueden cursar signos y/o síntomas como dolor abdominal, diarrea intensa, fiebre, fatiga, cólicos abdominales, sangre en heces, poco apetito y adelgazamiento, etc.
Suelen cursar con períodos activos denominados brotes, alternando con fases asintomáticas denominados remisión.
Es una enfermedad idiopática, crónica, recidivante, y de base inmunológica, cuya patogénesis no se conoce por completo.
Las zonas más afectadas por la enfermedad son la última porción del intestino delgado (íleon), y principio del intestino grueso (ciego).

Es de mera importancia conocer los diferentes aspectos de esta enfermedad, ya que actualmente no existe cura, se puede aplicar terapias y cuidados de enfermería para reducir en gran medidas los signos/síntomas, e incluso provocar una remisión de largo plazo, y poder evitar diversas complicaciones.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Mujer de 38 años que acude al Servicio de Urgencias debido a un brote en el cual presenta: fiebre, diarrea intensa y dolor abdominal, presentando también lesiones cutáneas con supuración acompañada de prurito, diagnosticada por deshidratación y urticaria invertida debido a una reacción al tratamiento prolongado con Infliximal (se administra tratamiento pautado, antihistamínico, suero, analgesia,..). Ésta posteriormente es derivada a consulta de digestivo comenzando desde ese momento con el tratamiento de Stelara.

Antecedentes:
Comenzó a los 18 años con dos fistulas de las cuales fue intervenida para su vaciado, y dos abscesos peri anales con tres fisuras.
En el 2008 fue ingresada por deshidratación, debido a diarreas intensas, momento en el cual le diagnosticaron la Enfermedad de Crohn, comenzando con tratamiento con corticoides, Imurel, y Claversal
Y en 2010, comenzó con un segundo brote momento en el cual comenzó con el tratamiento de Infliximab.



Tabla de índice de actividad de Harvey- Bradshaw

Variables	Puntos
Estado general	0 Muy bueno 1 Regular **2 Malo** 3 Muy malo 4 Malísimo
Dolor abdominal	0 No 1 Ligero **2 Moderado** 3 Intenso
Número de deposiciones líquidas diarias	1 por cada evacuación **(3 deposiciones)**
Masa abdominal	0 No 1 Dudosa **2 Definida** 3 Definida y dolorosa
Complicaciones	1 Artralgia 1 Eritema nodoso 1 Aftas 1 Piodema grangrenoso 1 Fistula **1 Absceso**
Puntuación < 6 leve; **6-12 moderado**; > 12 grave	

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Diagnostico NANDA	Objetivos NOC	Intervenciones NIC	Actividades
00146 Ansiedad	1300 Aceptación estado de salud 1302 Superación de problemas 1305 Adaptación psicosocial cambio de vida	5270 Apoyo emocional 1850 Fomentar el sueño 5820 Disminución de la ansiedad	- Comentar la experiencia emocional con el paciente. - Incluir el ciclo regular de sueño / vigilia del paciente en la planificación de cuidados. - Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.
00013 Diarrea	601 Equilibrio hídrico 602 Hidratación	460 Manejo de la diarrea 1100 Manejo de nutrición	-Fomentar comidas en pequeña cantidad, frecuentes y con bajo contenido en fibra. - Fomentar el aumento de ingesta de proteínas, hierro y vitaminas.
00132 Dolor agudo	1605 Control del dolor 2102 Nivel del dolor	1400 Manejo del dolor 2380 Manejo de la medicación	- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, duración, e intensidad del dolor. - Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos. - Enseñar al paciente y/o la familia el método de administración de los fármacos.
00002 Desequilibrio nutricional por defecto	1404 Estado nutricional 1612 Control de peso 1802 Conocimiento: dieta	1100 Manejo de la nutrición 5246 Asesoramiento nutricional	- Realizar una selección de comidas. -Proporcionar información, si es necesario, acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Actualmente en diferentes evidencias científicas se está estudiando las incidencias de la enfermedad de Chron a un estilo de vida inadecuado basado en el consumo de alimentos industrializados, por tanto no existe una evidencia de que la dieta cause la enfermedad intestinal pero sí que ciertos alimentos pueden agravar los signos y/o síntomas sobre todo durante la exacerbación.



Se aconseja la realización de ejercicio físico, descanso óptimo, dieta equilibrada, y hábitos de vida saludables. Es recomendable incluir en la alimentación: pescado blanco y azul, carnes blancas (incluida la magra de cerdo), alimentos ricos en beta carotenos (papaya, mango zanahoria,…), ingesta de líquidos (manzanilla, tilas,…), en resumen dieta variada, moderada y equilibrada, para así conseguir una mejor respuesta inmunológica.

Por tanto es de vital importancia, y aquí el personal de Enfermería tienen un papel clave, en el cual debemos intervenir para indicar a estos pacientes los cuidados a seguir, para controlar los signos y/o síntomas, mejorar la calidad de vida y así poder evitar diversas complicaciones.

Resumen: *La enfermedad de Crohn es un trastorno inflamatorio crónico que afecta a cualquier parte del tracto gastrointestinal, siendo las zonas más afectadas el íleon y el ciego, los signos y/o síntomas que se cursan son: dolor abdominal, diarrea intensa, fatiga, poco apetito, etc.*

Estudiamos el caso de una mujer de 38 años que acude a Urgencias debido a un brote en el cual presenta diarrea intensa, fiebre, dolor abdominal y lesiones cutáneas acompañadas de prurito. Se realiza un plan de cuidados siguiendo la taxonomía NANDA-NIC-NOC para así poder controlar y reducir los signos/síntomas y evitar complicaciones.

Palabras Clave: *Enfermedad de Crohn; estado nutricional; dolor agudo.*

Introducción

La enfermedad de Crohn es un trastorno inflamatorio crónico que afecta a cualquier parte del tracto gastrointestinal en la que se pueden cursar signos y/o síntomas como dolor abdominal, diarrea intensa, fiebre, cólicos abdominales, etc. Suelen cursar con periodos activos denominados brotes, alternando con fases asintomáticas denominadas remisión.

Es una enfermedad idiopática, crónica, recidivante y de base inmunológica, cuya patogénesis no se conoce por completo.

Es de mera importancia conocer los diferentes aspectos de esta enfermedad ya que actualmente no existe cura, el papel de enfermería es de vital importancia ya que se pueden aplicar terapias y cuidados de enfermería y así disminuir en gran medida los signos y síntomas, e incluso provocar una remisión de largo plazo.

Observación clínica

Mujer de 38 años que acude al servicio de Urgencias debido a un brote en el cual presenta: Fiebre, diarrea intensa, y dolor abdominal, presentando también lesiones cutáneas con supuración acompañada de prurito, diagnosticada por deshidratación y urticaria invertida debido a una reacción al tratamiento prolongado con infliximal. Ésta posteriormente es derivada a consulta de digestivo comenzando desde ese momento con el tratamiento de Stelara.

Antecedentes

Comenzó a los 18 años con dos fístulas de las cuales fue intervenida para su vaciado, y dos abscesos perianales con tres fisuras.

En el 2008 fue ingresada por deshidratación, debido a diarreas intensas, momento en el cual le diagnosticaron la enfermedad de Crohn, comenzando con tratamiento con corticoides, Imurel, y Claversal. Y en 2010 comenzó con un segundo brote momento en el cual comenzó con el tratamiento de Infliximab.

Plan de cuidados de Enfermería

Diagnostico NANDA.

00146 Ansiedad.

00013 Diarrea.

ISBN: 978-84-949197-6-3

00132 Dolor agudo.

00002 Desequilibrio nutricional por defecto.

Objetivos NOC.

1300 Aceptación estado de salud.

1302 Superación de problemas.

1305 Adaptación psicosocial cambio de vida.

601 Equilibrio hídrico.

602 Hidratación.

1605 Control del dolor.

2102 Nivel del dolor.

1404 Estado nutricional.

1612 Control de peso.

1802 Conocimiento: Dieta.

Intervenciones NIC.

5270 Apoyo emocional.

1850 Fomentar el sueño.

5820 Disminución de la ansiedad.

460 Manejo de la diarrea.

1100 Manejo de nutrición.

460 Manejo de la diarrea.

1100 Manejo de nutrición.

1100 Manejo de la nutrición.

5246 Asesoramiento nutricional .

Actividades.

1. Comentar la experiencia emocional con el paciente.
2. Incluir el ciclo regular de sueño / vigilia del paciente en la planificación de cuidados.
3. Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.
4. Fomentar comidas en pequeña cantidad, frecuentes y con bajo contenido en fibra.
5. Fomentar el aumento de ingesta de proteínas, hierro y vitaminas.
6. Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, duración, e intensidad del dolor.
7. Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.
8. Enseñar al paciente y/o la familia el método de administración de los fármacos.
9. Realizar una selección de comidas.

10. Proporcionar información, si es necesario, acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud.

Discusión y conclusión

Actualmente en diferentes evidencias científicas se está estudiando las incidencias de la enfermedad de Chron a un estilo de vida inadecuado basado en el consumo de alimentos industrializados, por tanto no existe una evidencia de que la dieta cause la enfermedad intestinal pero sí que ciertos alimentos pueden agravar los signos y/o síntomas sobre todo durante la exacerbación.

Se aconseja la realización de ejercicio físico, descanso óptimo, dieta equilibrada, y hábitos de vida saludables. Es recomendable incluir en la alimentación: pescado blanco y azul, carnes blancas (incluida la magra de cerdo), alimentos ricos en beta carotenos (papaya, mango zanahoria,…), ingesta de líquidos (manzanilla, tilas,…), en resumen dieta variada, moderada y equilibrada, para así conseguir una mejor respuesta inmunológica.

Por tanto es de vital importancia, y aquí el personal de enfermería tienen un papel clave, en el cual debemos intervenir para indicar a estos pacientes los cuidados a seguir, para controlar los signos y/o síntomas, mejorar la calidad de vida y así poder evitar diversas complicaciones.

Bibliografía

1. Nanda Internacional Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación, 2015-2017. Madrid: Elsevier; 2016.
2. Howard K. Butcher, Gloria M. Bulechek, Joanne M. Dochteman, Cheryl M. Wagner. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª ed. Madrid: Elsevier; 2018.
3. Sue Moorhead, Elizabeth Swanson, Marion Johnson; Meriden L. Maas. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2018.
4. Lopes Antonia Mauryane, Moura Laís Norberta Bezerra de, Machado Raylane da Silva, Silva Grazielle Roberta Freitas da. Calidad de vida de pacientes con enfermedad de Crohn. Enferm. glob. [Internet]. 2017 [citado 2019 Marzo 15] ; 16(47): 321-368. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000300321&lng=es. Epub 01-Jul-2017. http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.266341.

Capítulo 59

Caso clínico: Sistema PICCO tras escurotomía por traumatismo en paciente con acenocumarol. Manejo y evolución.

Arroyo Ayllón, David

Granados Navas, Mª Paz

López-Mota García-Muñoz, Mª Ascensión

León Guerrero, Israel José

CASO CLINICO:
SISTEMA PICCO TRAS ESCAROTOMIA POR TRAUMATISMO EN PACIENTE CON ACENOCUMAROL: MANEJO Y EVOLUCION

Autores:

INTRODUCCIÓN

PICO es un sistema desechable de terapia de presión negativa para el tratamiento de heridas. Proporciona un nivel de presión de -80mmHg en la herida y su uso es adecuado para heridas con exudado (fluidos) de bajo a moderado. Su uso en incisiones y otras heridas puede mejorar el resultado final de la herida. Características:

- **Absorbe los fluidos de la lesión sin almacenarlos en un depósito.**
- **Mejora la calidad de vida, permitiendo hacer una vida normal**
- **Fácil de usar en el domicilio.**
- **Es cómodo de llevar**
- **Discreto y silencioso.**
- **Mejora la herida**

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Mujer de 86 años, en seguimiento por neumología diagnosticada de EPOC, HTA, cuyo tratamiento es Valsartan, Salbutamol, FOSTER, Pantoprazol y oxigeno domiciliario. Sufre Tromboembolismo pulmonar (TEP) en 2015 iniciando tratamiento anticoagulante con Sintrom. Independiente para las AVD. No presenta deterioro neurológico.
En Octubre de 2018 se hace traumatismo en miembro inferior derecho con la silla de ruedas, aparece un gran hematoma, se aplica hielo local, se intenta drenar por enfermera de atención primaria, precisa acudir a Urgencias del HGUCR.
La paciente es ingresada para ajustar tratamiento anticoagulante para procesar a realizar escarotomia . Tras intervención quirúrgica la paciente es portadora de un Sistema PICO, dada de alta para control por la consulta de enfermería de Traumatología.
Tras un mes con el sistema PICO , deja de producirse exudado y se cambia cura , pasando a limpieza con cepillo de Clorexidina y parche de Urgoclen, con vendaje de protección con gasa y venda de hilo, las curas son largas y dolorosas, precisando rescate de analgesia y parches de Fentanilo, afectando al patrón respiratorio entre otros. Se hace cultivo de exudado, aislándose S. Aureus, precisando tratamiento oral.
Las ulceras están limpias, sin macerar, con tejido de granulación, la piel perilesional hidratada. A los 3 meses se cambia apósito de UrgoStar para controlar tejido de granulación. Tras casi 5 meses, el dolor no es tan intenso, el tamaño de la herida es mucho menor, y la evolución es favorable.








PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS
(Principales diagnósticos)

00132 Dolor agudo
r/c agentes lesivos m/p expresiones verbales, conducta expresiva, cambios en el apetito y la ingesta y trastornos del sueño

NOC

1605: Control del dolor.
- 160505: Utiliza analgésicos de forma apropiada.
- 160507: Refiere síntomas al profesional sanitario.
- 160511: Refiere dolor controlado.

2102: Nivel del dolor.
- 210205: Expresiones verbales de dolor.
- 210203: Frecuencia del dolor.
- 210215: Pérdida de apetito.

NIC

2210: Administración de analgésicos.
- Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles en la analgesia.
- Administrar analgésicos y/o fármacos para potenciar la analgesia cuando sea necesario.
- Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.

6482: Manejo ambiental: confort.
- Proporcionar una cama limpia y cómoda.
- Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad de la persona.
- Evitar exponer la piel a factores irritantes

00044 Deterioro de la integridad tisular
r/c alteración en el estado metabólico m/p destrucción de las capas de la piel

NOC

1103 Curación de la herida: por segunda intención.
110312 Resolución de la necrosis.
110318 Resolución del tamaño de la herida.
110317 Resolución del olor de la herida.

0703: Estado infeccioso.
- 070323: Colonización del cultivo de la herida.
- 070326: Aumento de leucocitos.
- 070307: Fiebre.

NIC

3660: Cuidados de las heridas.
- Despegar los apósitos y limpiar los restos de las heridas.
- Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de apósito.
- Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.
- Colocar al paciente de manera que se evite presionar la herida.

7040: Apoyo al cuidador principal
- Proporcionar información sobre el estado del paciente de acuerdo con las preferencias del mismo.

00032 Patrón respiratorio ineficaz
r/c dolor y analgésicos, m/p disnea y fatiga

NOC

1402 control de la ansiedad
140214 Refiere dormir de forma adecuada
140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad
140202 Elimina precursores de la ansiedad
140205 Planea estrategias para superar situaciones estresantes

NIC

3140 Manejo de las vías aéreas
- Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo.
-Eliminar las secreciones fomentando la tos o la succión.
-Enseñar a toser de manera efectiva.
-Administrar broncodilatadores, si procede.
-Enseñar al paciente a utilizar los inhaladores
-Administrar aire u oxígeno humidificados.
- Administrar tratamientos con aerosol.

3320 Oxigenoterapia
-Eliminar las secreciones.
- Preparar el equipo de oxígeno y administrar
- Vigilar el flujo de litro de oxígeno.
- Comprobar la posición del dispositivo de aporte de oxígeno
Proporcionar oxígeno durante los traslados del paciente.
Disponer el uso de dispositivos de oxígeno que faciliten la movilidad .

00085 Deterioro de la movilidad física
r/c malestar o dolor y disminución de la masa muscular m/p postración

NOC

0209: Función muscular.
020903: Movimiento muscular sostenido.
020902: Tono muscular.

0300: Cuidados personales: actividades de la vida diaria.
030010: Realización del traslado.
030006: Higiene.
030003: Uso del inodoro.
030001: Come.

NIC

0840: Cambio de posición.
- Colocar al paciente con alineación corporal correcta.
- Fomentar la realización de ejercicios activos.
- Colocar en una posición que evite tensiones sobre la herida.
- Enseñar al paciente a adoptar una buena postura y a utilizar una buena mecánica corporal mientras realiza cualquier actividad.

1800: Ayuda al autocuidado.
- Proporcionar ayuda para que el paciente sea totalmente capaz de asumir sus autocuidados.
- Alentar a la independencia pero interviniendo si el paciente no puede.

00004 Riesgo de infección
r/c procedimientos invasivos y traumatismo

NOC

1101 integridad tisular: piel y membranas
110101 Temperatura tisular
110102 Sensibilidad
110104 Hidratación
110104 Coloración
110111 Perfusión tisular

1807 Conocimiento : control de la infección
180702 Descripción de factores que contribuyen a la transmisión
180703 Descripción de practicas que reducen la transmisión
180708 Descripción del tratamiento de la infección diagnosticada

NIC

3660 Cuidados de las heridas
- Despegar los apósitos y limpiar.
- Limpiar con jabón antibacteriano, si procede.
- Mojar en solución salina, si procede.
- Masajear la zona alrededor de la herida para estimular la circulación.
- Mantener técnica de vendaje estéril

6550 Protección contra las infecciones
- Observar los signos y síntomas de infección.
- Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor externo
- Obtener muestras para realizar un cultivo.
- Fomentar un aumento de la movilidad.

DISCUSIÓN

El diagnóstico enfermero de *deterioro de la integridad tisular* no sólo no se ha resuelto, si no que las lesiones evolucionan en tamaño y en número. Por ello, y como indican numerosos estudios, el tratamiento es fundamentalmente de soporte, intentando evitar una sobreinfección y sepsis. El diagnóstico de *dolor* se ha controlado considerablemente gracias a la combinación de analgésicos a la reducción del intervalo de tiempo entre dosis. De este modo, sólo las curas resultan dolorosas a pesar de la analgesia. El resto del tiempo la paciente no refiere dolor. La *movilidad* se encuentra cada vez más limitada y, aunque la paciente es totalmente independiente, precisa ayuda para la realización de todas las actividades de la vida diaria.

CONCLUSIONES

El desarrollo del lenguaje estandarizado NANDA-NOC-NIC en el caso clínico presentado nos permitió organizar metodológicamente el trabajo enfermero, facilitando el registro y normalizando la práctica.

La relevancia de este trabajo radica en transmitir la importancia de nuestra figura profesional en el campo de los cuidados, en la asistencia del paciente en todas sus necesidades, en el acompañamiento permanente, valorando las condiciones del individuo en todo momento, planteando la resolución de los problemas y evaluando si las intervenciones y actividades tienen un impacto positivo durante todo el proceso.

Resumen: *Las úlceras a consecuencias de traumatismos en pacientes que toman Acenocumarol (Sintrom), son muy frecuentes sobretodo en la edad adulta, estas heridas pueden llegar a necrosarse y formar escaras dolorosas cuando se desbridan.*

Una técnica novedosas es la aplicación de una presión tópica negativa en la herida a tratar tras una intervención quirúrgica (escarotomía)

La cura por presión negativa se remonta a miles de años atrás, en las técnicas de acupuntura de la medicina china, más tarde en 1841 Junod utilizaba tazas de cristal calentadas a la piel para estimular la circulación, todo ello para causar una hiperemia.

Palabras Clave: *Acenocumarol; úlcera; escarotomía.*

Introducción

PICO es un sistema desechable de terapia de presión negativa para el tratamiento de heridas. Proporciona un nivel de presión de -80mmHg en la herida y su uso es adecuado para heridas con exudado (fluidos) de bajo a moderado. Su uso en incisiones y otras heridas puede mejorar el resultado final de la herida.

Características:

- Absorbe los fluidos de la lesión sin almacenarlos en un depósito.
- Es cómodo de llevar.
- Mejora la calidad de vida, permitiendo hacer una vida normal.
- Discreto y silencioso.
- Fácil de usar en el domicilio.
- Mejora la herida.

Observacion clínica

Mujer de 86 años, en seguimiento por neumología diagnosticada de EPOC, HTA, cuyo tratamiento es Valsartan, Salbutamol, FOSTER, Pantoprazol y oxigeno domiciliario. Sufre tromboembolismo pulmonar (TEP) en 2015 iniciando tratamiento anticoagulante con Sintrom. Independiente para las AVD. No presenta deterioro neurológico.

En octubre de 2018 se hace traumatismo en miembro inferior derecho con la silla de ruedas, aparece un gran hematoma, se aplica hielo local, se intenta drenar por enfermera de atención primaria, precisa acudir a Urgencias del HGUCR.

La paciente es ingresada para ajustar tratamiento anticoagulante para procesar a realizar escarotomía . Tras intervención quirúrgica la paciente es portadora de un Sistema PICO, dada de alta para control por la consulta de enfermería de traumatología.

Tras un mes con el sistema PICO , deja de producirse exudado y se cambia cura, pasando a limpieza con cepillo de Clorexidina y parche de Urgoclen, con vendaje de protección con gasa y venda

ISBN: 978-84-949197-6-3

de hilo, las curas son largas y dolorosas, precisando rescate de analgesia y parches de Fentanilo, afectando al patrón respiratorio entre otros. Se hace cultivo de exudado, aislándose S. Aureus, precisando tratamiento oral.

Las úlceras están limpias, sin macerar, con tejido de granulación, la piel perilesional hidratada. A los 3 meses se cambia apósito de UrgoStar para controlar tejido de granulación. Tras casi 5 meses, el dolor no es tan intenso, el tamaño de la herida es mucho menor, y la evolución es favorable.

Plan de cuidados enfermero

(Principales Diagnósticos)

00132 Dolor agudo. r/c Agentes lesivos m/p expresiones verbales, conducta expresiva, cambios en el apetito y la ingesta y trastornos del sueño.

NOC. 1605: Control del dolor.

2102: Nivel del dolor.

NIC. 2210: Administración de analgésicos.

6482: Manejo ambiental: confort.

00044 Deterioro de la integridad tisular. r/c Alteración en el estado metabólico m/p destrucción de las capas de la piel.

NOC. 1103 Curación de la herida: Por segunda intención.

0703: Estado infeccioso.

NIC. 3660: Cuidados de las heridas.

7040: Apoyo al cuidador principal

00032 Patrón respiratorio ineficaz. r/c Dolor y analgésicos, m/p disnea y fatiga.

NOC. 1402 control de la ansiedad

NIC. 3140 Manejo de las vías aéreas

3320 Oxigenoterapia.

00085 Deterioro de la movilidad física. r/c Malestar o dolor y disminución de la masa muscular m/p postración.

NOC. 0209: Función muscular.

0300: Cuidados personales: Actividades de la vida diaria.

NIC. 0840: Cambio de posición.

1800: Ayuda al autocuidado.

00004 Riesgo de infección. r/c Procedimientos invasivos y traumatismo.

NOC. 1101 Integridad tisular: Piel y membranas.

1807 Conocimiento: Control de la infección.

NIC. 3660 Cuidados de las heridas.

6550 Protección contra las infecciones.

Discusión

El diagnóstico enfermero de deterioro de la integridad tisular no sólo no se ha resuelto, si no que las lesiones evolucionan en tamaño y en número. Por ello, y como indican numerosos estudios, el tratamiento es fundamentalmente de soporte, intentando evitar una sobreinfección y sepsis. El diagnóstico de dolor se ha controlado considerablemente gracias a la combinación de analgésicos a la reducción del intervalo de tiempo entre dosis. De este modo, sólo las curas resultan dolorosas a pesar de la analgesia. El resto del tiempo la paciente no refiere dolor. La movilidad se encuentra cada vez más limitada y, aunque la paciente es totalmente independiente, precisa ayuda para la realización de todas las actividades de la vida diaria

Conclusiones

El desarrollo del lenguaje estandarizado NANDA-NOC-NIC en el caso clínico presentado nos permitió organizar metodológicamente el trabajo enfermero, facilitando el registro y normalizando la práctica.

La relevancia de este trabajo radica en transmitir la importancia de nuestra figura profesional en el campo de los cuidados, en la asistencia del paciente en todas sus necesidades, en el acompañamiento permanente, valorando las condiciones del individuo en todo momento, planteando la resolución de los problemas y evaluando si las intervenciones y actividades tienen un impacto positivo durante todo el proceso.

Bibliografía

1. Agieri RD, Wasielewski G, Faraco R, Brondolo MJ, Nowydwor B, D'amore V. Ventajas en la utilización del sistema VAC. Publicación hospital Aeronáutico Central. 2009.
2. NANDA INTERNACIONAL. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificaciones. 2009-2011. Barcelona. Elservier.
3. Argenta LC, Morykwas MJ. VAC Freddmon. El sistema portátil para la curación eficaz de heridas. KCL. 2007.
4. Miguel Burgos A. Enfermería en las curas de heridas por vacío. Sistema VAC. Portales Médicos. 2011.

Capítulo 60

Caso clínico:Terapia electroconvulsiva (TEC)

Velázquez Peña, Manuel Jesús

Plaza Campos, Beatriz

Montes Mansilla, Marta

CASO CLÍNICO : TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC)

XI Congreso de Investigación Enfermería y Fisioterapeuta.

INTRODUCCIÓN:

TEC es un tratamiento biológico que consiste en inducir una convulsión tóxico-clínica generalizada, de forma controlada mediante la administración de un estimulo eléctrico superior al umbral convulsivo del paciente .

Es un tratamiento de elección cuando :

. Existe nula respuesta o intolerancia a los psicofármacos.

OBSERVACIÓN CLÍNICA:

Paciente de 40 años que acudió con sus hermanas por empeoramiento anímico. El primer contacto con psicología hace 11 años y segundo contacto hace 3 años. Seguimiento en la red privada además en la USM de Alcázar de San Juan .

Es la menor de cuatro hermanos, convive con sus padres y su hijo . Refiere buena relación con su madre , no tanto con su padre "no tengo casi relación con él".

Refiere que en septiembre tuvo dificultad para desempeñar su trabajo. Actualmente está de baja laboral.

Diagnosticada de episodio depresivo moderado grave.

Desde hace varios meses presenta apatía, anhedonia y tristeza con llanto espontáneo y una progresiva inhibición, evitación de contacto y situaciones sociales, pesimista, con sentimiento de incapacidad e impotencia respecto a las tareas cotidianas. Tendencia a la clinofilia. Actualmente niega intención autolítica.

Durante el ingreso, la gravedad de la paciente y lo abigarrado del cuadro, ha condicionado una aptitud muy oposicionista. Las visitas de familiares y la introducción del antidepresivo han hecho que aflorara sintomatología paranoide no estructurada. Se han objetivado conducta claramente psicótica .

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO:

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

(00132) Dolor agudo r/c agente lesivo (convulsiones y descargas musculares) m/p facie expresiva y verbalización del paciente.

NOC Control del dolor (1605)
- 160511 Refiere dolor controlado
- 16505 Utiliza analgésicos de forma apropiada

NIC Manejo del dolor (1400)
- Observar claves no verbales de molestias
- Asegurarse que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes

NIC Manejo ambiental (6482)
- Crear un ambiente seguro
- Disminuir los estímulos ambientales.

(00004) Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos y agentes farmacológico.

NOC Recuperación posterior al procedimiento (2303)
- 230301 Vías aéreas permeables
- 230313 Totalmente despierto
- 230316 Termorregulación

NIC Control de infecciones (6540)
- Fomentar una respiración y tos profunda
- Fomentar el reposo
- Garantizar una manipulación aséptica de las líneas i.v.

NIC Vigilancia (6650)
- Vigilar signos vitales
- Comprobar estado neurológico.

(125)Impotencia r/c en torno de cuidado de la salud y tratamiento relacionado con la enfermedad m/p expresión de incertidumbre y falta de control en los progresos.

NOC Nivel de malestar (2109)
- 210902 Ansiedad
- 210907 Miedo
- 210919 Tensión facial
- 210914 Inquietud

NIC Apoyo emocional (5270)
- Comentar la experiencia emocional.
- Ayudar a reconocer sentimientos
- Favorecer la comunicación del llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.

NIC Disminución de la ansiedad (5820)
- Explicar todos los procedimientos
- Tratar de comprender la expectativa del paciente.
- Escuchar con atención
- Crear un ambiente que facilite la confianza.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

La evolución durante seis sesiones programadas en fase aguda, fue muy buena, con franca mejoría en el estado de ánimo desde la tercera sesión. La familia de la paciente objetiva dicha mejoría programando un permiso de fin de semana en domicilio para ver el funcionamiento en el medio familiar. Buen funcionamiento durante dicho permiso manteniendo estabilidad psicopatológica durante las siguientes sesiones. Una vez estabilizada la paciente se programa el alta para seguimiento preferente en consulta de psiquiatría. A la mayoría de estos pacientes se les introduce un tratamiento farmacológico, aunque lo primeros meses tras finalizar el curso de TEC muchos de ellos recaen. Por ello a todos esos pacientes se les plantea el uso a medio - largo plazo de dicha técnica como tratamiento para la prevención de recaídas/recurrencias.

El TEC se recupera actualmente de su "época negra". Debido a la falta de moralidad en los criterios para elegir a los pacientes a los que se le aplicaba la técnica, a las condiciones infrahumanas y a las posteriores complicaciones y secuelas que dejaban en los pacientes, fue una técnica desechada quedando en el olvido y con el rechazo absoluto por una gran parte de la sociedad.

Todo esto ha cambiado de una manera sustancial, siendo actualmente una práctica con una seguridad más que aceptable , con menos efectos secundarios que mucho de los psicofármacos que los pacientes toman.

Resumen: *TEC es un tratamiento biológico que consiste en inducir una convulsión tóxico-clónica generalizada, de forma controlada mediante la administración de un estímulo eléctrico. Es un tratamiento de elección cuando existe nula respuesta o intolerancia a los antidepresivos.*

El TEC se recupera actualmente de su "época negra". Debido a la falta de moralidad en los criterios para elegir a los pacientes, a las condiciones infrahumanas y a las posteriores complicaciones, fue una técnica desechada.

Actualmente es una práctica con una seguridad más que aceptable, con menos efectos secundarios que mucho de los psicofarmacos que los pacientes toman.

Palabras Clave: *Electroconvulsive therapy; antidepressive agents; depressive disorder.*

Introducción

TEC es un tratamiento biológico que consiste en inducir una convulsión tóxico-clínica generalizada, de forma controlada mediante la administración de un estimulo eléctrico superior al umbral convulsivo del paciente. Es un tratamiento de elección cuando existe nula respuesta o intolerancia a los antidepresivos.

Observación clínica

Paciente de 40 años que acudió con sus hermanas por empeoramiento anímico. El primer contacto con psicología hace 11 años y segundo contacto hace 3 años. Seguimiento en la red privada además en la unidad de Salud Mental (red pública).

Es la menor de cuatro hermanos, convive con sus padres y su hijo. Refiere buena relación con su madre, no tanto con su padre "no tengo casi relación con él".

Refiere que en septiembre tuvo dificultad para desempeñar su trabajo. Actualmente está de baja laboral. Diagnosticada de episodio depresivo moderado grave.

Desde hace varios meses presenta apatía, anhedonia y tristeza con llanto espontáneo y una progresiva inhibición, evitación de contacto y situaciones sociales, pesimista, con sentimiento de incapacidad e impotencia respecto a las tareas cotidianas. Tendencia a la clinofilia. Actualmente niega intención autolítica.

Durante el ingreso, la gravedad de la paciente y lo abigarrado del cuadro, ha condicionado una aptitud muy oposicionista. Las visitas de familiares y la introducción del antidepresivo han hecho que aflorara sintomatología paranoide no estructurada. Se han objetivado conducta claramente psicótica.

La regularidad en los tratamientos y el devenir de la epicrisis ha desdibujado la clínica afectiva y pasando a predominar una sintomatología disfórica paranoide pobremente estructurada. Con todo esto, se comenta con el equipo el considerar pertinente la valoración de indicación del TEC.

Plan de cuidados enfermero.

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

ISBN: 978-84-949197-6-3

Discusión y conclusiones:

La evolución durante seis sesiones programadas en fase aguda, fue muy buena, con franca mejoría en el estado de ánimo desde la tercera sesión. La familia de la paciente objetiva dicha mejoría programando un permiso de fin de semana en domicilio para ver el funcionamiento en el medio familiar. Buen funcionamiento durante dicho permiso manteniendo estabilidad psicopatológica durante las siguientes sesiones. Una vez estabilizada la paciente se programa el alta para seguimiento preferente en consulta de psiquiatría. A la mayoría de estos pacientes se les introduce un tratamiento farmacológico, aunque lo primeros meses tras finalizar el curso de TEC muchos de ellos recaen. Por ello a todos esos pacientes se les plantea el uso a medio/largo plazo de dicha técnica como tratamiento para la prevención de recaídas/recurrencias.

Bibliografía

1. www.sepsiq.org/file/Enlaces/SEPB%20-%20Consenso%20Espa%C3%B1ol%20sobre%20la%20Terapia%20Electroconvulsiva.pdf.
2. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed. «Therapy Electroconvulsive « and « Nursing care electroconvulsive Therapy .
3. American Psychiatric Association. The Practice of Electroconvulsive therapy: Recommendations for Treatmet, training and privileging 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association: 2001.

Capítulo 61

Caso clínico: Uso combinado de hidrocoloide de plata e hidrogel en herida quirúrgica en paciente diabético

Gijón Ruiz, María de Gracia

Solís Montes, José Enrique

Solís Montes, Paloma

Núñez Jiménez, María Pilar

Rodríguez Escudero, Cristina

Corredor Rodenas, María Teresa

CASO CLÍNICO: USO COMBINADO DE HIDROCOLOIDE DE PLATA E HIDROGEL EN HERIDA QUIRÚRGICA EN PACIENTE DIABÉTICO

Introducción

La diabetes tipo II es una enfermedad metabólica crónica que afecta entre un 5 - 7 % de la población. Afecta a unos 135 millones de personas y se estima que este número aumentará a casi 300 millones en 2025. Esto implica una serie de complicaciones micro y macro vasculares que reducen de forma importante la calidad de vida de nuestro paciente. Entre las complicaciones crónicas que nos atañe en este estudio, nos encontramos con las afecciones dermatológicas, que afectan a más del 30% de los diabéticos, pudiendo presentarse en tres formas: manifestaciones cutáneas (dermatopatías diabéticas, granuloma anular diseminado, ampullosis diabética,...), síndromes asociados y complicaciones cutáneas del tt°.

El penfigoide ampolloso(fig. n°1) es una afectación cutánea poco frecuente que produce la formación de ampollas llenas de líquido, como consecuencia de un mal funcionamiento del sistema inmunitario. Es más frecuente en adultos mayores.
El motivo de esta respuesta inmune anormal es desconocido. A menudo desaparece solo en algunos meses, pero otras veces puede tardar hasta cinco años en curarse. El tratamiento suele ser sintomático (sanar las ampollas y aliviar el picor), utilizando corticoesteroides u otros medicamentos que suprimen el sistema inmunitario. Aunque la causa original de esta patología se desconoce, hay varios factores que contribuyen a su inicio, tales como medicamentos (etanercept , sulfasalazina, furosemida y penicilina), luz y radioterapia y algunos trastornos médicos (como psoriasis, liquen plano, DIABETES, artritis reumatoide, colitis ulcerosa y esclerosis múltiple)



Fig. nº 1

Observación Clínica. Caso Clínico.

Varón de 73a con HTA, DMNID, DL que presenta Penfigoide ampolloso por el tronco y cuero cabelludo. Seguido por dermatología que pauta biopsia de lesión ampular en zona axilar inferior. Tras la realización de la toma de la muestra, el paciente acude con signos de infección: inflamación , supuración, enrojecimiento y caliente. El paciente acude a consulta después de 4 días pòst-biopsia(ver fig n.), tras curarse en casa con betadine. La herida está localiza en la parte media axilar izquierda a nivel de la 5º costilla.

Plan de Cuidados Enfermeros

Diagnósticos NANDA	Resultados NOC	Intervenciones NIC	Actividades
00004:Riesgo de infección.	1102. Curación de herida: primera intención 1103. Curación de la herida: por segunda intención	3660. Cuidado de las heridas 6540. Control de infecciones	366029. Enseñar al paciente y a la familia los signos y síntomas de infección. 366003. Controlar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. 654013. Poner en práctica precauciones universales. 654024. Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada. 654014. Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal.
00044: Deterioro de la integridad tisular.	1103. Curación de la herida por segunda intención	3440. Cuidados del sitio de incisión. 3660. Cuidados de las heridas.	344005. Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada. 344006. Limpiar desde la zona más limpia hacia la zona menos limpia. 366006. Limpiar con solución salina normal o un limpiador no tóxico. 366015. Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje.
00046. Deterioro de la integridad cutánea.	1103. Curación de la herida por segunda intención	3440. Cuidados del sitio de incisión. 3660. Cuidados de las heridas.	344007. Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión. 366017. Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.
00100. Retraso en la recuperación quirúrgica	1102. Curación de la herida por primera intención. 2109. Nivel de malestar.	3440. Cuidados del sitio de incisión. 1100. Manejo de la nutrición. 3660. Cuidados de las heridas. 2120. Manejo de la hiperglucemia.	212019. Fomentar el autocontrol de los niveles de glucosa en sangre. 212021. Revisar los registros de glucosa en sangre con el paciente y/o la familia. 212027. Facilitar el seguimiento del régimen de dieta y ejercicios. 110014. Ajustar la dieta al estilo de vida del paciente. 366008. Atender el lugar de incisión. 344002. Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento, inflamación de dehiscencia o evisceración.
00132. Dolor Agudo	1605. Control del dolor. 2109. Nivel de malestar.	2210. Administración de analgésicos. 1400. Manejo del dolor. 3440. Cuidados del sitio de incisión	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 adverso. 344004. Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión.
00163. Disposición para mejorar la nutrición	1621. Conducta de adhesión: dieta saludable. 1628. Conducta de mantenimiento de peso. 1802: Conocimiento: dieta.	1100. Manejo de la nutrición. 5510. Educación sanitaria. 1280. Ayuda para disminuir de peso. 5246. Asesoramiento nutricional.	110013. Realizar una selección de comidas. 110014.Ajustar la dieta al estilo de vida del paciente, 110015.Enseñar al paciente a llevar un diario de comidas, 110020. Fomentar técnicas seguras de preparación y preservación de alimentos. 551005. Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas del estilo de vida de los individuos, familia o grupo objetivo. 551016. Desarrollar materiales educativos escritos en un nivel de la lectura adecuado a la audiencia objetivo. 128012. Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos favorables. 128014. Ayudar a ajustar las dietas al estilo de vida y nivel de actividad. 524620. Valorar los esfuerzos realizados para conseguir los objetivos.
00168. Sedentarismo	1805. Conocimiento: conducta sanitaria 1811. Conocimiento: actividad prescrita	0200. Fomento de ejercicio 5510 Educación sanitaria. 5612. Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito	20006. Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio. 20024. Proporcionar una respuesta positiva a los esfuerzos del individuo. 551003. Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar la disminución la motivación en conductas sanitarias. 551012. Realizar publicidad atractiva de forma estratégica para llamar la atención de las audiencias objetivo. 561202. Informar al paciente del propósito y los beneficios de la actividad/ejercicio prescrito. 561217. Ayudar al paciente a incorporar la actividad/ejercicio en la rutina diaria/estilo de vida.
00179. Riesgo de nivel de glucemia inestable	1619. Autocontrol de la diabetes. 1621. Conducta de adhesión: dieta saludable.	5246. Asesoramiento nutricional. 5612. Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito. 5614. Enseñanza: dieta prescrita. 0200. Fomento del ejercicio	524603. Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. 561407. Instruir al paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas. 561413. Enseñar al paciente a planificar las comidas adecuadas. 561414. Proporcionar un plan escrito de comidas. 20010. Ayudar al individuo a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal. 20013. Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio. 561206. Informar al paciente acerca de las actividades apropiadas en función del estado físico.

Discusión

Se pauta cura c/48 - 72 h (lunes-miércoles-viernes) con hidrogel (Intrasite), hidrocoloide con plata iónica (Aquacel plata) y un apósito secundario hidrocelular con bordes y adhesivo de acrílico hipoalergénico (Allevyn classic) para mantener la humedad en el lecho de la herida. Se mantiene esta cura durante 2 semanas, observándose que progresivamente se va reduciendo la carga microbiana y la desaparición de los signos y síntomas de la infección. Por lo que se retira el hidrocoloide de plata.
Se siguen con curas con esteroide tópico (clovate) para reducir el enrojecimiento y el picor de la herida cada 12h durante 10 días más y continuar con una sola aplicación por la noche hasta desaparición total de la lesión. El paciente se aplica en casa la pomada y se mantiene un seguimiento de 2 veces en semana para valorar evolución. En un total de 41 días la zona de la lesión, recupera su aspecto normal.



Conclusiones

El uso combinado de hidrogel, hidrocoloide de plata y apósito hidrocelular reúne las condiciones apropiadas para reducir la carga bacteriana del lecho de la herida, absorbiendo grandes cantidades de exudado y bacterias, manteniendo la humedad adecuada y ayudando a eliminar el tejido necrótico mediante un desbridamiento autolítico.

La diabetes es un factor condicionante y agravante en la correcta cicatrización de las heridas. Disminuir los valores de glicemia, 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.

XI CONGRESO NACIONAL DE INVESTIGACIÓN SATSE CIUDAD REAL
ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA
28,29 Y 30 DE MAYO 2019

Resumen: *La diabetes tipo II es una enfermedad metabólica crónica que afecta entre un 5 - 7 % de la población. Esto implica una serie de complicaciones micro y macrovasculares que reducen de forma importante la calidad de vida de nuestro paciente. Entre las complicaciones crónicas que nos atañe en este estudio, están las afecciones dermatológicas, que afectan a más del 30 % de los diabéticos.*

Nuestro paciente presenta penfigoide ampolloso, que tras la realización de un procedimiento quirúrgico (biopsia), la lesión producida no evoluciona de forma favorable y tenemos que aplicar un plan de cuidados enfermero íntegro para su correcta cicatrización.

Palabras Clave: *Diabetes Mellitus tipo 2; complicaciones diabéticas; penfigoide ampolloso.*

Introducción

La diabetes tipo II presenta uno de los desafíos más grandes en cuanto a enfermedades crónicas. Afecta entre un 5 - 7 % de la población, que se estima en una cifra de unos 135 millones de personas. Cifra que va en aumento, con previsiones de casi 300 millones en 2025. Esto implica una serie de complicaciones micro y macrovasculares que reducen de forma importante la calidad de vida de nuestro paciente. Entre las complicaciones crónicas que nos atañe en este estudio, nos encontramos con las afecciones dermatológicas, que afectan a más del 30% de los diabéticos, pudiendo presentarse en tres formas: manifestaciones cutáneas (dermatopatías diabéticas, granulona anular diseminado, ampullosis diabética,...), síndromes asociados y complicaciones cutáneas del tratamiento.

El penfigoide ampolloso es una afectación cutánea poco frecuente que produce la formación de ampollas llenas de líquido, como consecuencia de un mal funcionamiento del sistema inmunitario. Es más frecuente en adultos mayores.

El motivo de esta respuesta inmune anormal es desconocido. A menudo desaparece solo en algunos meses, pero otras veces puede tardar hasta cinco años en curarse. El tratamiento suele ser sintomático (sanar las ampollas y aliviar el picor), utilizando corticoesteroides u otros medicamentos que suprimen el sistema inmunitario. Aunque la causa original de esta patología se desconoce, hay varios factores que contribuyen a su inicio, tales como medicamentos (etanercept , sulfasalazina, furosemida y penicilina), luz y radioterapia y algunos trastornos médicos (como psoriasis, liquen plano, diabetes, artritis reumatoide, colitis ulcerosa y esclerosis múltiple).

Caso clínico

Varón de 73 años con HTA, DMNID, DL que presenta penfigoide ampolloso por el tronco y cuero cabelludo. Seguido por dermatología que pauta biopsia de lesión ampular en zona axilar inferior. Tras la realización de la toma de la muestra, el paciente acude con signos de infección: Inflamación, supuración, enrojecimiento y caliente. El paciente acude a consulta después de 4 días post-biopsia, tras curarse en casa con povidona yodada. La herida está localiza en la parte media axilar izquierda a nivel de la 5º costilla.

Paln de cuidados enfermeros

Establecemos los siguientes diagnósticos NANDA , relacionados con los resultados NOC, las intervenciones NIC y las actividades pertinentes (ver el cuadro en el póster adjunto) :

ISBN: 978-84-949197-6-3

00004: Riesgo de infección.

00044: Deterioro de la integridad tisular.

00046. Deterioro de la integridad cutánea.

00100. Retraso en la recuperación quirúrgica.

00132. Dolor agudo.

00163. Disposición para mejorar la nutrición.

00168. Sedentarismo.

00179. Riesgo de nivel de glucemia inestable.

Discusión

Se pauta cura c/48 - 72 horas (lunes-miércoles-viernes) con hidrogel (Intrasite), Hidrofibra de hidrocoloide con plata iónica (Aquacel plata) y un apósito secundario hidrocelular con bordes y adhesivo de acrílico hipoalergénico (Allevyn classic) para mantener la humedad en el lecho de la herida. Se mantiene esta cura durante 2 semanas, observándose que progresivamente se va reduciendo la carga microbiana y la desaparición de los signos y síntomas de la infección. Por lo que se retira el hidrocoloide de plata.

Se siguen con curas con esteroide tópico (clovate) para reducir el enrojecimiento y el picor de la herida cada 12 horas durante 10 días más y continuar con una sola aplicación por la noche hasta desaparición total de la lesión. El paciente se aplica en casa la pomada y se mantiene un seguimiento de 2 veces en semana para valorar evolución. En un total de 38 días la herida desaparece.

Conclusión

El uso combinado de hidrogel, hidrocoloide de plata y apósito hidrocelular reúne las condiciones apropiadas para reducir la carga bacteriana del lecho de la herida, absorbiendo grandes cantidades de exudado y bacterias, manteniendo la humedad adecuada y ayudando a eliminar el tejido necrótico mediante un desbridamiento autolítico.

La diabetes es un factor condicionante y agravante en la correcta cicatrización de las heridas. Disminuir los valores de glicemia, 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. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 1997: Vencer el sufrimiento, enriquecer la salud. Foro Mundial de la Salud 1997: 18: 276-289.
2. E. Menéndez Torre, R. Barrio Castellanos, A.Novials Sardá. Sociedad Española de Diabetes. Tratado de Diabetes Mellitus. 2º Edición. Madrid. Editorial: Pamamericana, 2017.
3. Department of Endocrinology and Nutrition. Hospital Regional Universitario de Málaga. S Valdés, G Rojo-Martínez, F Soriguer; Elsevier Doyma: 2007;c194 [citado marzo 2019]. Evolución de la prevalencia de la diabetes tipo 2 en población adulta española. [352-355]. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775307728488.
4. FD: Fundación para la diabetes. Barcelona: FD; [28 mayo, 2015; marzo 2019]. La alimentación en la diabetes tipo 2. Disponible en: https://www.fundaciondiabetes.org/general/articulo/127/la-alimentacion-en-la-diabetes-tipo-2.
5. Consenso Internacional. Uso adecuado de los apósitos de plata en las heridas. Consenso del grupo de trabajo de expertos. London: Wounds International, 2012.[aprox. 24 pantallas]. Disponible en: www.woundsinternational.com.

Capítulo 62

Chemsex y VIH. Situación actual y prevención en colectivos vulnerables

Pérez Ruiz, Borja Eugenio

Cerro López, Tania

Molina Moreno, Aurora

CHEMSEX Y VIH. *SITUACIÓN ACTUAL Y PREVENCIÓN EN COLECTIVOS VULNERABLES.*

XI CONGRESO DE INVESTIGACION . SATSE CIUDAD REAL

INTRODUCCIÓN

CHEMSEX: es el término que proviene del ingles “chemical sex” que se refiere al uso intencionado de drogas psicoactivas para mantener relaciones sexuales, entre hombres homosexuales, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH) habitualmente durante largos periodos de tiempo y con múltiples parejas. El uso de drogas recreacionales en un contexto sexual ha sido asociado a nuevas infecciones por VIH, infecciones de transmisión sexual (ITS) y hasta reinfecciones por virus hepatitis C (VHC).Se conoce como slamming o slamsex al uso de estas sustancias por vía intravenosa con el riesgo que puede llevar compartirlas o acabar muerto por sobredosis.



Tabla 1. *Sustancias psicoactivas utilizadas en chemsex*

Sustancia psicoactiva	Mefedrona y otras catinonas sintéticas: pentedrona, 4-MEC	Metanfetamina	GHB/GBL	Nitritos de alquilo/ Butilo	MDMA	Cocaína	Ketamina
Nombres populares	Meft, miau-miau, mcat, sales de baño.	Tina, *crystal meth*, vidrio, hielo, *crank*, *speed*.	Éxtasis líquido, G.	*Poppers*.	Éxtasis, *ems*, cristal, *x*, Sextasy (con sildenafilo).	Coca, blanca, *farlopa*	Keta, vitamina K, *Special K*.
Efectos buscados	Estimulación, excitación sexual, euforia, sentimientos de empatía.	Estimulación, desinhibición, excitación sexual, incremento de confianza y autoestima.	Sedación, relajación del esfínter anal. Euforia, desinhibición, borrachera, estimulación sexual.	Euforia, socialización. Excitación y aumento de potencia e incremento de placer sexual.	Estimulación, sentimientos de empatía, aceptación y conexión.	Activación, excitación sexual, hiperalerta.	Estimulación inicial, relajación, empatía, mejora de la percepción. Disociación.
Efectos adversos y complicaciones	Dependencia. Psicosis. Convulsiones, distonías. Toxicidad cardiológica.	Síntomas psicóticos. Hipertensión. Dependencia. Xerostomía y caries.	Somnolencia, pérdida de control motor (con dosis acumulativas). Convulsiones. Delirium. Coma. Dependencia. Síntomas psicóticos.	Toxicidad retiniana. Hipoxia. Anemia hemolítica.	Ansiedad. Taquicardia, bruxismo, “golpe de calor”. Síntomas afectivos y rosácea.	Hiperactivación adrenérgica. Hipoaspiamo e isquemia. Ideación paranoide.	Midriasis. Despersonalización. Accidentes. Confusión. Hepatotoxicidad. Neurotoxicidad.

El 30 de Junio de 2018 sale a la luz la última actualización del informe de vigilancia epidemiológica del VIH y SIDA en España. Se notificaron 3.381 nuevos diagnósticos de VIH, lo que se estima una tasa del 8,82/100.000 habitantes.
El 84,6% eran hombres y la media de edad fue de 35 años (el grupo entre 25 y 34 años donde las tasas son más elevadas). La transmisión entre varones homosexuales (HSH) fue la más frecuente, 54,3%, seguida de la heterosexual, 28,2%, y la que se produce en personas que se inyectan drogas (PID), 3,1%. El 36,1% de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH se realizó en personas extranjeras. El 47,8% de los nuevos diagnósticos, con información sobre el valor de CD4, presentaron diagnóstico tardío.

OBJETIVOS

- Describir el problema del “Chemsex”, que emerge en la sociedad española.

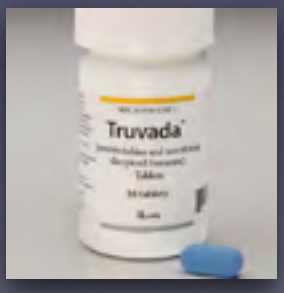
- Informar y concienciar a la población jóven y a los grupos de riesgo de esta práctica, fomentar el uso seguro de métodos barrera y el uso de profilaxis preexposición y concienciar del problema de la exposición a la droga.

METODOLOGÍA

Revisión sistemática de bases de datos (Pubmed, Google académico), sin restricción de idioma y las palabras de inclusión para la búsqueda fueron: “vih”,“chemsex”,“España”, “drug”,“gay”. Se analizan datos del informe de vigilancia epidemiológica del VIH y SIDA en España y en la revista Adicciones [Internet].

RESULTADOS

- El VIH, tras alcanzar su pico a mediados de la década de los 90, ha experimentado un progresivo declive en el número de casos notificados desde 1996 (año previo a la generalización del TARGA) hasta 2017, que se utilizó el PEP(Profilaxis posexposición). Actualmente se aconseja el PrEP(profilaxis preexposición) con Truvada en casos de posible contacto sexual de riesgo.
- Se destaca la importancia de la enfermería comunitaria para el diagnostico del VIH, la concienciación y prevención de estas prácticas de riesgo que conllevan grandes consecuencias para la salud.
- Desde la enfermería de atención primaria se podría realizar EpS en centros de educación secundaria y universidades para abordar este tema que afecta mayoritariamente a gente joven.
- Existen ONGs que ayudan al diagnóstico temprano y orientan sobre la enfermedad.



En España la prueba del VIH es gratuita y confidencial para todos.

Resumen: *Se expone revisión bibliográfica sobre el aumento del VIH en los últimos tiempos en España por la práctica de riesgo llamada Chemsex. Analizamos estadísticamente los casos declarados y se incide sobre el trabajo en EpS que podría practicar la enfermería para reducir los casos.*

Palabras Clave: *Chemsex; VIH; droga.*

Introducción

El Chemsex es el termino proviene del ingles "chemical sex" que se refiere al uso intencionado de drogas psicoactivas para mantener relaciones sexuales, entre hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH) habitualmente durante largos periodos de tiempo y con múltiples parejas. Este fenómeno se conoce como "Party and Play" en Norteamerica y en Australia "intensive sex partying". Se conoce como slamming o slamsex al uso de estas sustancias por vía intravenosa con el riesgo que puede llevar compartirlas o acabar muerto por sobredosis.

El 30 de Junio de 2018 sale a la luz una nueva actualización del informe de vigilancia epidemiológica del VIH y SIDA en España donde la tasa de nuevos diagnósticos en España está en niveles similares a los de otros países de la Región Europea de la OMS concretamente en 2017 es de 8,82 por 100.000 habitantes. Sin embargo, la tasa es superior a la media de la Unión Europea y de los países de Europa Occidental.

En cuanto al mecanismo de infección mayoritariamente es por vía sexual. Las relaciones sexuales sin protección entre hombres españoles o extranjeros de edades comprendidas entre 25 y 34 años fue la más frecuente 54,3%; seguida de la transmisión heterosexual, que supuso un 28,2%, y la ocurrida en personas que se inyectan drogas que sumó un 3,1%.

El aumento de población inmigrante en España suponen más de un tercio de los nuevos diagnósticos de VIH en 2017 (el número de casos es descendente en el periodo analizado pero porcentualmente parece observarse un aumento desde 2015 al haber disminuido el número total de casos). Hasta 1995 la proporción de casos de sida en personas originarias de otros países diferentes de España estuvo por debajo del 3%, pero desde entonces ha subido progresivamente hasta alcanzar el 33% en 2017. En este último año, el 41,7% de estas personas extranjeras procedía de Latinoamérica y el 23,8% de África Subsahariana.

Objetivos

- Describir el problema del «Chemsex» que emerge en la sociedad española.
- Informar y concienciar a la población joven y a los grupos de riesgo de esta práctica, fomentar el uso seguro de métodos barrera y el uso de profilaxis preexposición y concienciar del problema de la exposición a la droga.

Metodología

Revisión sistemática exhaustiva de bases de datos (Pubmed, Google académico) sin restricción de idiomas. Se analizaron datos del informe de vigilancia epidemiológica del VIH y SIDA en España y en la revista adicciones.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Resultados

El VIH, tras alcanzar su pico a mediados de la década de los 90, ha experimentado un progresivo declive en el número de casos notificados desde 1996 (año previo a la generalización del TARGA) hasta 2017, que se utilizó el PEP(Profilaxis posexposición). Actualmente se aconseja el PrEP(profilaxis preexposición) con Truvada en casos de posible contacto sexual de riesgo.

Se destaca la importancia de la enfermería comunitaria para el diagnostico del VIH, la concienciación y prevención de estas prácticas de riesgo que conllevan grandes consecuencias para la salud. Desde la enfermería de atención primaria se podría realizar EpS en centros de educación secundaria y universidades para abordar este tema que afecta mayoritariamente a gente joven.

Existen ONGs que ayudan al diagnóstico temprano y orientan sobre la enfermedad.

Analizados los datos estadísticos de distintas fuentes se llega a la conclusión de que es necesario implantar y reforzar actuaciones eficaces para prevenir la transmisión por esta práctica y diversificar los programas de prevención para adaptarlos a las necesidades de este colectivo. Una serie de medidas a llevar a cabo sería:

1. Usar correctamente los métodos barrera como preservativo (masculino o femenino) cuando haya sobre todo relaciones con personas que se desconocen.
2. Conocer el estado serológico de la pareja y conocer los riesgos a la exposición de las distintas drogas y prácticas sexuales como el “Chemsex”.
3. Utilizar siempre material estéril y evitar el uso compartido de útiles de inyección si se consume drogas vía intravenosa.
4. Si esta embarazada e infectada, hay tratamientos que reducen el riesgo de transmisión a su futuro hijo durante el parto y sobre todo no dar el pecho a su bebé.

En España la prueba del VIH es gratuita y confidencial para todos.

Bibliografía

1. Jessica MQ. El “chemsex”, una de las causas por las que no bajan los infectados por VIH. El pais [internet]. 2018 [citado 29 Nov 2018]. Disponible en: https://elpais.com/sociedad/2018/11/29/actualidad/1543503081_529510.html.
2. MSCBS: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social [Internet]. Madrid: ISCIII; 2018 [30 Jun 2018; 3 Ene 2018]. Disponible en: http://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/doc/InformeVIH_SIDA_2018_21112018.pdf.
3. Dolengevich-Segal, Helen; Rodríguez-Salgado, Beatriz; Ballesteros-López, Jesús; Molina- Prado, Rocío. Chemsex. Un fenómeno emergente. Adicciones [Internet].2017 [Citado 5 Ene 2018]; vol. 29 (3): 207-209. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/2891/289151752008.pdf.
4. bncheckpoint.com[internet].
Barcelona: BCNcheckpoint; 2018 [actualizado 29 nov; citado 16 enero]. Disponible en: http://www.bncheckpoint.com/bcn-preppoint-demuestra-alta-eficacia-prep-reducir-nuevos-casos-vih/?lang=es5.

Capítulo 63

Comparación de las bandas de compresión «flossing band» con la crioterapia en las primeras fases de los esguinces de tobillo

Ruiz Mazoteras, Jorge Luis

Ruiz Mazoteras, Salvador

Resumen: *Comparamos la eficacia de las bandas de compresión «flossing band» con la crioterapia que es la técnica más utilizada en la fase aguda de los esguinces de tobillo. Se encuentran diferencias estadísticamente significativas comparando un tratamiento con otro, a favor del flossing band. Ambos reducen el dolor, la inflamación, aumentan la movilidad y la fuerza y reducen los tiempos de recuperación, siendo flossing band más efectiva que la crioterapia. Los pacientes tratados con flossing band tuvieron menos dolor e inflamación, por lo cual se pudo avanzar más rápidamente en el tratamiento y se pudieron reducir notablemente los tiempos de recuperación.*

Palabras Clave: *Flossing band; esguince; crioterapia.*

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 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.

Objetivo

El flossing band o banda de compresión es una técnica que mediante bandas elásticas realiza un vendaje compresivo con el objetivo de tratar diferentes dolores, limitaciones de movilidad, hinchazones agudas del aparato locomotor, con muy buenos resultados, haciéndose popular en el ámbito deportivo y rehabilitador.

Su objetivo: Aliviar el dolor, mejorar la amplitud de movimiento, reducir hinchazones, acelerar la curación entre otros.

Mecanismos de acción: La aplicación de un vendaje compresivo tiene diferentes efectos inmediatos sobre el organismo, en primer lugar, se reduce el riego sanguíneo de la zona tratada, exprimiendo el líquido tisular. Tras el desenrollado rápido de la banda se produce un aumento inmediato del riego sanguíneo consiguiendo un resultado tipo esponja. Sus efectos, también se aprecian a nivel de la piel y toda la red de fascias actuando sobre posibles adherencias y alteraciones. Asimismo, hay un efecto beneficioso sobre las articulaciones sobre las que se aplique la técnica, actuado en cápsulas articulares, ligamentos, aquí el efecto del flossing puede desencadenar una reintegración propioceptiva / sensomotora.

Lo comparamos con uno de los procedimientos más utilizados en las primeras fases de los esguinces de tobillo como es la aplicación de crioterapia, utilizada para reducir el dolor y la inflamación.

ISBN: 978-84-949197-6-3

El objetivo de este estudio es determinar la eficacia de las bandas de compresión en los esguinces de tobillo, reduciendo el dolor, la inflamación y los tiempos de recuperación, analizando medidas de dolor, funcionalidad, discapacidad y recorrido articular.

Material y métodos

Estudio piloto "pre-post" aleatorio realizado a 30 pacientes, divididos en dos grupos, con edades comprendidas entre los 18 y 60 años, todos ellos deportistas diagnosticados de esguince agudo de tobillo.

Se realiza una valoración inicial utilizando escalas y cuestionarios validados a nivel internacional para esta patología.

Recibieron 8 sesiones de tratamiento, 15 con flossing band y 15 con crioterapia. La dosis fue de una sesión al dia. El tiempo de aplicación de la crioterapia fue de 15 min, mientras que la banda de compresión la tuvieron puesta 2 min. Se vuelve a valorar a los pacientes al finalizar las 5 sesiones

Resultados

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas comparando un tratamiento con otro, a favor del flossing band en comparación con la crioterapia:

- Escala EVA: media de las diferencias pre/post dolor con flossing band: 4,3 y crioterapia: 2,2
- Valoración fuerza muscular Daniels: media de las diferencias pre/post de grados de fuerza con flossing band: 1,6 y crioterapia: 0,7
- Valoración movilidad articular con goniómetro: media de las diferencias de grados de movimiento pre/post flossing band: 25 y crioterapia: 10
- Funcional: El tiempo medio de recuperación del esguince con flossing band se redujo en 8 días en comparación con la crioterapia.

Conclusiones

En el estudio realizado ambos tratamientos reducen el dolor, la inflamación, aumentan la movilidad y la fuerza y reducen los tiempos de recuperación. Siendo la aplicación de flossing band más efectiva que la crioterapia.

Los pacientes tratados con flossing band tuvieron menos dolor e inflamación, por lo cual se pudo avanzar más rápidamente en el tratamiento y se pudieron reducir notablemente los tiempos de recuperación.

Serían necesarios estudios con una muestra más amplia y con unos pacientes que no fueran deportistas para corroborar nuestros resultados.

Bibliografía

1. Chesterton L, Foster N, Ross L. Skin temperature response to cryotherapy. Arch Phys Med Rehabil. 2002; 83:543–9.
2. Martínez Morillo M, Pastor Vega J, Sendra Portero F. Manual de Medicina Física. Ed. Harcout Brace; 1998:105–14.
3. R. Kanlayanaphotporn, P. Janwantanakul. Comparison of skin surface temperature during the application of various cryotherapy modalities. Arch Phys Med Rehabil, 86 (2005), pp. 1411-1415.
4. Agu, O., Baker, D., & Seifalian, A. M. (2004). Effect of graduated compression stockings on limb oxygenation and venous function during exercise in patients with venous insufficiency. Vascular, 12(1), 69-76.

Capítulo 64

Comparación del masaje fricción transversal profundo «Cyriax» con el ultrasonido en el tratamiento de la tendinitis del supraespinoso

Ruiz Mazoteras, Jorge Luis

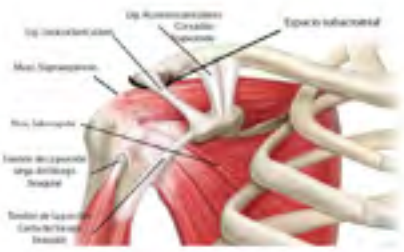
Ruiz Mazoteras, Salvador

COMPARACIÓN MASAJE FRICCIÓN TRANSVERSAL PROFUNDO "CYRIAX" CON EL ULTRASONIDO "US" EN EL TRATAMIENTO DE LA TENDINITIS DEL SUPRAESPINOSO

INTRODUCCIÓN

La tendinitis del supraespinoso es la inflamación que se ocasiona en este tendón por el roce provocado por los movimientos repetidos de elevación del hombro, que provoca un pinzamiento entre la cabeza del húmero y el arco acromial. Es la causa más frecuente de hombro doloroso.

Gran parte de estas tendinitis están ocasionadas por una utilización excesiva del brazo en alto. Por eso son frecuentes en trabajadores manuales y deportistas que efectúan movimientos repetitivos con el brazo en elevación. Otra causa frecuente es un arco subacromial en gancho que provoca un **pinzamient**o de los tendones y de la bolsa subacromial que se deslizan por debajo de él.



OBJETIVO

Proponemos como tratamiento la aplicación de masaje de fricción transversal profundo (MFTP) Cyriax sobre dicho tendón porque produce una rotura de los entrecruzamientos producidos durante el proceso de cicatrización y reparación de los tejidos lesionados. La no eliminación de estos entrecruzamientos, daría lugar a un tejido **de** sustitución que si bien ha conseguido su integridad física, no ha conseguido su máxima capacidad funcional. Así mismo, la fricción puede producir vasodilatación e incremento del flujo vascular en el área. Esto produce la eliminación de irritantes químicos e incrementar el transporte endógeno de opioides.

Lo comparamos con uno de los procedimientos más utilizado para tratar este tipo de patologías como es el ultrasonido, utilizado para aliviar el dolor y reducir la inflamación, con una técnica poco invasiva.

El objeto de este estudio es determinar la eficacia del MFTP Cyriax y compararla con la aplicación del ultrasonido en el tratamiento de la tendinitis del supraespinoso, 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 tendinitis del supraespinoso.

Se realiza una valoración inicial utilizando escalas y cuestionarios validados a nivel internacional para esta patología.

Recibieron 12 sesiones de tratamiento, 10 con MFTP Cyriax y 10 con ultrasonido. La dosis fue de una sesión cada 2 días. El tiempo de aplicación de cada uno de los tratamientos fue de 10 minutos. Se vuelve a valorar a los pacientes al finalizar las 12 sesiones



RESULTADOS

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas comparando un tratamiento con otro, a favor del masaje de fricción transversal profundo Cyriax:

- Escala EVA: media de las diferencias pre/post dolor con **MFTP: 5,2 y US: 1,66**
- Valoración fuerza muscular Daniels: media de las diferencias de grados de fuerza con **MFTP: 1,7 y US: 0,8**
- Valoración movilidad articular con goniómetro: media de las diferencias de grados de movimiento pre/post **MFTP: 40º y US: 15º**



CONCLUSIONES

En el estudio realizado ambos tratamientos disminuyen el dolor, la inflamación y aumentan la amplitud articular de la articulación del hombro.

Siendo la aplicación de masaje de fricción transversal profundo Cyriax más efectivo que el ultrasonido.

Los pacientes tratados con MFTP Cyriax mostraron menos grado de discapacidad después del tratamiento y su evolución fue mejor a corto, medio y largo plazo.

Serían necesarios estudios con una muestra más amplia para corroborar nuestros resultados.

PALABRAS CLAVE

Cyriax, supraespinoso, tendinitis

Resumen: *Nuestro trabajo de investigación esta dirigido a determinar la eficacia del masaje de fricción transversal profundo «Cyriax» y compararlo con la aplicación del ultrasonido, que es la técnica más habitual en el tratamiento de la tendinitis del supraespinoso, analizando medidas de dolor, funcionalidad, discapacidad y recorrido articular.*

Los resultados obtenidos indican que se encuentran diferencias estadísticamente significativas comparando un tratamiento con otro, a favor del masaje de fricción transversal profundo Cyriax. Ambos tratamientos disminuyen el dolor, la inflamación y aumentan la amplitud articular de la articulación del hombro, siendo la aplicación de masaje de fricción transversal profundo Cyriax más efectivo.

Palabras Clave: *Cyriax; ultrasonido; supraespinoso.*

Introducción

La tendinitis del supraespinoso es la inflamación que se ocasiona en este tendón por el roce provocado por los movimientos repetidos de elevación del hombro, que provoca un pinzamiento entre la cabeza del húmero y el arco acromial. Es la causa más frecuente de hombro doloroso.

Gran parte de estas tendinitis están ocasionadas por una utilización excesiva del brazo en alto. Por eso son frecuentes en trabajadores manuales y deportistas que efectúan movimientos repetitivos con el brazo en elevación. Otra causa frecuente es un arco subacromial en gancho que provoca un pinzamiento de los tendones y de la bolsa subacromial que se deslizan por debajo de él.

Objetivo

Proponemos como tratamiento la aplicación de masaje de fricción transversal profundo (MFTP) Cyriax sobre dicho tendón porque produce una rotura de los entrecruzamientos producidos durante el proceso de cicatrización y reparación de los tejidos lesionados. La no eliminación de estos entrecruzamientos, daría lugar a un tejido de sustitución que si bien ha conseguido su integridad física, no ha conseguido su máxima capacidad funcional. Así mismo, la fricción puede producir vasodilatación e incremento del flujo vascular en el área. Esto produce la eliminación de irritantes químicos e incrementar el transporte endógeno de opioides.

Lo comparamos con uno de los procedimientos más utilizado para tratar este tipo de patologías como es el ultrasonido, utilizado para aliviar el dolor y reducir la inflamación, con una técnica poco invasiva.

El objeto de este estudio es determinar la eficacia del MFTP Cyriax y compararla con la aplicación del ultrasonido en el tratamiento de la tendinitis del supraespinoso, 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 tendinitis del supraespinoso.

Se realiza una valoración inicial utilizando escalas y cuestionarios validados a nivel internacional para esta patología.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Recibieron 12 sesiones de tratamiento, 10 con MFTP Cyriax y 10 con ultrasonido. La dosis fue de una sesión cada 2 días. El tiempo de aplicación de cada uno de los tratamientos fue de 10 minutos. Se vuelve a valorar a los pacientes al finalizar las 12 sesiones

Resultados

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas comparando un tratamiento con otro, a favor del masaje de fricción transversal profundo Cyriax:

- Escala EVA: Media de las diferencias pre/post dolor con MFTP: 5,2 y US: 1,66.
- Valoración fuerza muscular Daniels: Media de las diferencias de grados de fuerza con MFTP: 1,7 y US: 0,8.
- Valoración movilidad articular con goniómetro: Media de las diferencias de grados de movimiento pre/post MFTP: 40 y US: 15.

Conclusiones

En el estudio realizado ambos tratamientos disminuyen el dolor, la inflamación y aumentan la amplitud articular de la articulación del hombro.

Siendo la aplicación de masaje de fricción transversal profundo Cyriax más efectivo que el ultrasonido.

Los pacientes tratados con MFTP Cyriax mostraron menos grado de discapacidad, después del tratamiento y su evolución fue mejor a corto, medio y largo plazo

Serían necesarios estudios con una muestra más amplia para corroborar nuestros resultados.

Bibliografía

1. Dr. Guillermo Soto Araiza, Dr. José H Arredondo Estrada, Dr. Javier Onofre Castillo. El ultrasonido en el hombro doloroso: Estudio de 42 pacientes, Revista Mexicana de Radiología, dic 98, p163-64.
2. Alexandrov AV, Molina CA, Grotta JC, et al. HIGHLIGHT AND COMMENTARY: THERAPEUTIC EFFECTS OF ULTRASOUND . N Engl J Med 2004; 351:2170–2178.
3. Verhaar JA, Walenkamp GH, van Mameren H, Kester AD, van der Linden AJ. Local corticosteroid injection versus Cyriax-type physiotherapy for tennis elbow. J Bone Joint Surg Br 1996 Jan;78(1):128-132.
4. AB Varas, J. Pérez, J. Sainz. En: tratamiento conservador del hombro doloroso. Estudio de 39 casos clínicos. Rev. Fisioterapia, enero 2002. Volumen 24-Número 1, p.14-24.
5. Cyriax J. Tratamiento por manipulación masaje e inyección. En: Medicina Ortopédica. Edición, Madrid, 2001, Pág. 8-105.

Capítulo 65

Comparación vendaje neuromuscular/TENS en las lumbalgias

López Castellano, Álvaro

Ruiz Mazoteras, Jorge Luis

Ruiz Mazoteras, Salvador

COMPARACIÓN VENDAJE NEUROMUSCULAR/TENS EN LAS LUMBALGIAS

INTRODUCCIÓN/INTRODUCTION

- 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 Se trata de un dolor local acompañado de dolor referido o irradiado que no se produce como consecuencia de fracturas, espondilitis, traumatismos ni causas neoplásicas, neurológicas, infecciosas, vasculares, endocrinas, metabólicas, ginecológicas ni psicosomáticas.
- Aproximadamente el 80 por ciento de la población ha tenido o tendrá alguna lumbalgia durante su vida y hasta el 70 por ciento de los jóvenes antes de cumplir los 16 años han experimentado este dolor de espalda.
- El dolor de la lumbalgia aparece por un mecanismo neurológico que implica la activación de los nervios que transmiten el dolor y el desencadenamiento de la contractura muscular y la inflamación. A veces, también puede conllevar la compresión de la raíz nerviosa.
- Las manifestaciones más comunes de la lumbalgia son el dolor local o irradiado, la inflamación y la presencia de contracturas musculares.



OBJETIVOS/OBJETIVES

- Proponemos como tratamiento la aplicación de vendaje neuromuscular porque inhibe los erectores lumbares, ayuda a quitar la presión que existe en el nervio ciático y mejorará la circulación, lo que bajará la inflación y aliviará el dolor. Lo comparamos con uno de los procedimientos más utilizado para tratar este tipo de patologías como es el TENS, utilizado para aliviar el dolor con una técnica poco invasiva.
- El objeto de este estudio es determinar la eficacia del vendaje neuromuscular y compararla con la aplicación del TENS en el tratamiento de la lumbalgia, analizando medidas de dolor, funcionalidad, discapacidad y recorrido articular.



MÉTODO/METHOD

- 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 lumbalgia. Se realiza una valoración inicial utilizando escalas y cuestionarios validados a nivel internacional para esta patología.
- Recibieron 10 sesiones de tratamiento, 10 con vendaje neuromuscular y 10 con corrientes TENS. La dosis fue de una sesión cada 2 días. El tiempo de aplicación del TENS fue de 30 minutos, mientras que el vendaje se les queda puesto todo el día. Se vuelve a valorar a los pacientes al finalizar las 10 sesiones
- Las palabras clave son: lumbalgia, vendaje neuromuscular, TENS.

RESULTADOS/RESULTS

- Se encuentran diferencias estadísticamente significativas comparando un tratamiento con otro, a favor del vendaje neuromuscular:
  1. Escala EVA: media de las diferencias pre/post dolor con VNM: 4,5 y TENS: 1,66 (sig=0,003)
  2. Maniobra de Lasegue: pre 6 post 1 con VNM y pre 6 post 4 con TENS
  3. Cuestionario Oswestry: media de las diferencias en discapacidad pre/post con VNM: 31,8 y TENS: 3,5 (sig=0,005)
  4. Cuestionario Roland-Morris: media de las diferencias en discapacidad pre/post con VNM: 8,2 y TENS: 2 (sig=0,044)
  5. Dedos suelo: media de la distancia dedos-suelo con VNM: 0,8 y TENS: 10,3 (sig=0,016)
- No hay diferencias estadísticamente significativas con el test de Schober: media de la distancia: 1,1/0,66 (sig=0,29)

CONCLUSIONES/CONCLUSIONS

- En el estudio realizado ambos tratamientos disminuyen el dolor y aumentan la amplitud articular en el movimiento de flexión de la columna lumbar. Siendo el vendaje neuromuscular más eficaz
- Los pacientes tratados con vendaje neuromuscular mostraron menor grado de discapacidad después del tratamiento. No así los tratados con TENS.
- Además con el VNM se trata de un tratamiento que mantiene más tiempo su efecto y proporciona unas sensaciones más agradable para el paciente.
- Serían necesarios estudios con una muestra más amplia para corroborar nuestros resultados.



- *La figura superior refleja el VNM.*
- *La figura inferior refleja el TENS.*



Resumen: *Trabajo de investigación para determinar la eficacia del vendaje neuromuscular y compararla con la aplicación del TENS que es la técnica más habitual en el tratamiento de la lumbalgia.*

Los resultados obtenidos son que ambos tratamientos disminuyen el dolor y aumentan la amplitud articular en el movimiento de flexión de la columna lumbar. Siendo el vendaje neuromuscular más eficaz.

Los pacientes tratados con vendaje neuromuscular mostraron menor grado de discapacidad después del tratamiento. No así los tratados con TENS.

Además con el VNM se mantiene más tiempo su efecto y proporciona unas sensaciones más agradables al paciente

Palabras Clave: *Lumbalgia; vendaje neuromuscular; TENS.*

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

Se trata de un dolor local acompañado de dolor referido o irradiado que no se produce como consecuencia de fracturas, espondilitis, traumatismos ni causas neoplásicas, neurológicas, infecciosas, vasculares, endocrinas, metabólicas, ginecológicas ni psicosomáticas.

Esta patología afecta tanto a personas jóvenes, como adultas y mayores y aparece tanto en trabajos sedentarios, como en aquellos que implican un gran esfuerzo físico.

Aproximadamente el 80 % de la población ha tenido o tendrá alguna lumbalgia durante su vida y hasta el 70 % de los jóvenes antes de cumplir los 16 años han experimentado este dolor de espalda.

Es una de las afecciones más frecuentes que llegan a los fisioterapeutas tanto en el ámbito público como privado y es una de las principales causas de ausencia laboral y jubilación anticipada.

El dolor de la lumbalgia aparece por un mecanismo neurológico que implica la activación de los nervios que transmiten el dolor y el desencadenamiento de la contractura muscular y la inflamación. A veces, también puede conllevar la compresión de la raíz nerviosa.

Las manifestaciones más comunes de la lumbalgia son el dolor local o irradiado, la inflamación y la presencia de contracturas musculares.

Objetivo

Proponemos como tratamiento la aplicación de vendaje neuromuscular porque inhibe los erectores lumbares, ayuda a quitar la presión que existe en el nervio ciático y mejorará la circulación, lo que bajará la inflación y aliviará el dolor.

Lo comparamos con uno de los procedimientos más utilizado para tratar este tipo de patologías como es el TENS, utilizado para aliviar el dolor con una técnica poco invasiva.

El objeto de este estudio es determinar la eficacia del vendaje neuromuscular y compararla con la aplicación del TENS en el tratamiento de la lumbalgia, analizando medidas de dolor, funcionalidad, discapacidad y recorrido articular.

ISBN: 978-84-949197-6-3

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 lumbalgia.

Se realiza una valoración inicial utilizando escalas y cuestionarios validados a nivel internacional para esta patología.

Recibieron 10 sesiones de tratamiento, 10 con vendaje neuromuscular y 10 con corrientes TENS. La dosis fue de una sesión cada 2 días. El tiempo de aplicación del TENS fue de 30 minutos, mientras que el vendaje se les queda puesto todo el día. Se vuelve a valorar a los pacientes al finalizar las 10 sesiones.

Resultados

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas comparando un tratamiento con otro, a favor del vendaje neuromuscular:

- Escala EVA: Media de las diferencias pre/post dolor con VNM: 4,5 y TENS: 1,66 (sig=0,003).
- Maniobra de Lasegue: Pre 6 post 1 con VNM y pre 6 post 4 con TENS.
- Cuestionario Oswestry: Media de las diferencias en discapacidad pre/post con VNM: 31,8 y TENS: 3,5 (sig=0,005).
- Cuestionario Roland-Morris: Media de las diferencias en discapacidad pre/post con VNM: 8,2 y TENS: 2 (sig=0,044).
- Dedos suelo: Media de la distancia dedos-suelo con VNM: 0,8 y TENS: 10,3 (sig=0,016).
- No hay diferencias estadísticamente significativas con el test de Schober: Media de la distancia: 1,1/0,66 (sig=0,29).

Conclusiones

En el estudio realizado ambos tratamientos disminuyen el dolor y aumentan la amplitud articular en el movimiento de flexión de la columna lumbar. Siendo el vendaje neuromuscular más eficaz.

Los pacientes tratados con vendaje neuromuscular mostraron menor grado de discapacidad después del tratamiento. No así los tratados con TENS.

Además con el VNM se trata de un tratamiento que mantiene más tiempo su efecto y proporciona unas sensaciones más agradables al paciente

Serían necesarios estudios con una muestra más amplia para corroborar nuestros resultados.

Bibliografía

1. Mohamed EA, el-Shamy FF, Hamed H. Efficacy of Kinesiotape on functional disability of women with postnatal back pain: a randomized controlled trial. Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation. 2018;31(1):205-210.
2. Li Y, Yin Y, Jia G, Chen H, Yu L, Wu D. Effects of Kinesiotape on pain and disability in individuals with chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials [with consumer summary]. Clinical Rehabilitation 2019 Apr;33(4):596-606.
3. Shah Y, Arkesteijn M, Thomas D, Whyman J, Passfield L. The acute effects of integrated myofascial techniques on lumbar paraspinal blood flow compared with kinesio-taping: A pilot study. J Bodyw Mov Ther. 2017 Apr;21(2):459-467.
4. Köroğlu F, Çolak TK, Polat MG. The effect of Kinesiotaping on pain, functionality, mobility and endurance in the treatment of chronic low back pain: A randomized controlled study. J Back Musculoskelet Rehabil. 2017 Sep 22;30(5):1087-1093.

Capítulo 66

Compresión terapéutica en úlceras venosas

Tabasco Ceca, Milagros

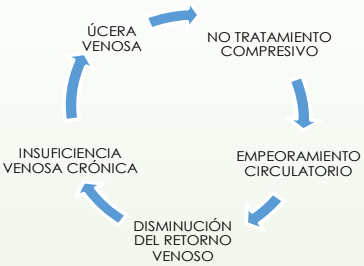
Muñoz Naranjo, Cristina

Borrego Camejo, Zoina

COMPRESIÓN TERAPÉUTICA EN ÚLCERAS VENOSAS

Introducción

La Insuficiencia venosa crónica es el principal motivo de consulta de patología vascular en atención primaria. Tiene una prevalencia del 64% en mujeres y del 37% en hombres. Desencadena la producción de úlceras venosas, que suelen ser lesiones de más de cuatro semanas de evolución situadas a nivel de tercio distal de miembros inferiores. Pueden llegar a influir seriamente en la calidad de vida de los pacientes, es por ello que se pretende acelerar el proceso de cicatrización.





Clasificación CEAP



Material y Método

Revisión bibliográfica en distintas bases de datos: PubMed, Scielo, Cochrane, y en guías de práctica clínica, utilizando como palabras clave: úlcera venosa, insuficiencia venosa crónica, Compresión terapéutica, vendaje compresivo, vendaje bicapa.
Criterios de inclusión: artículos publicados entre 2014-2019, escritos en español y relacionados con el objetivo.

Objetivo

- Evaluar la eficacia de la terapia compresiva en úlceras venosas.
- Reducir el tiempo de cicatrización de úlceras venosas.

Resultados





Se sabe que el tratamiento implica el cuidado integral del paciente, además de la elección fundamentada en los apósitos que aceleren la cicatrización.
La eficacia de la compresión depende del tipo de vendaje. Los de crepé son efectivos durante un periodo corto de tiempo, no aseguran una presión adecuada. Los vendajes bicapa resultan más efectivos, manteniendo una presión entre 20 y 40 mm Hg de manera continua y pudiendo durar hasta 7 días.
Un ensayo en pacientes con úlceras venosas recientemente curadas (n = 153) comparó las tasas de recurrencia con y sin compresión y encontró que la compresión redujo significativamente la recurrencia de la úlcera a los seis meses (índice de riesgo (RR) 0,46; IC del 95%: 0,27 a 0,76).
Se ha observado que la tasa de cumplimiento con el protocolo de tratamiento puede ser tan sólo de uno de cada tres pacientes ambulatorios tratados con vendaje de compresión.
El adecuado tratamiento de las úlceras mediante compresión permite una reducción media del área de las úlceras en 4 semanas de 51%.

Conclusiones

-La compresión incrementa las tasas de curación frente a la no utilización de la misma.
-Los sistemas de vendaje multicapa son más eficaces que los vendajes simples.
-La compresión fuerte es mejor que la compresión más moderada en términos de resultados. Sin embargo, no se encuentra diferencias entre los distintos sistemas de compresión fuerte.

Bibliografía

Alimi Y., Hartung O. Tratamiento quirúrgico y endovascular de la insuficiencia venosa crónica profunda. EMC Cirugía General, Elsevier, Vol.19,pag 1-27, mar 2019
Delgado Roche, E, Malla Clua, B, Marquilles Bonet C, Bravo Andres, N. Abordaje de una úlcera de etiología venosa con apósito hidrodetersivo y vendaje de compresión multicapa. Gerokomos, vol.28, no4, Barcelona dic.2017
Folguera Álvarez, M.C, Verdú Soriano, J. Adherencia a la terapia compresiva en los pacientes con úlceras venosas. Gerokomos, vol.26 no.3, Barcelona sep.2015
Nelson EA, Bell-Syer SE. Compresión para prevenir la recurrencia de úlceras venosas. Cochrane Database Syst Rev. Sep.2014
Lopes Macêdo, M, Silva Souza, D.A, Dos Santos, J.C, Nogueira Rodrigues, R, Sousa Afonso, G, Henriques Cortez, A.O, Nogueira Cortez, D. Úlcera venosa: seis años de existencia por 92 días de cicatrización. Gerokomos vol.27 no.3, Barcelona, sep.2016

Resumen: *La insuficiencia venosa crónica es el principal motivo de consulta de patología vascular en atención primaria. Desencadena la producción de úlceras venosas, siendo muy costosas de curar tanto en tiempo como en recursos. Además, influyen seriamente en la calidad de vida de los pacientes. Es por ello que se pretende acelerar el proceso de cicatrización. Mediante revisión bibliográfica se evalúa la eficacia de la terapia compresiva en úlceras venosas, demostrando que los vendajes bicapa resultan más efectivos que los de crepé y que la compresión reduce significativamente la recurrencia de la úlcera, por lo que disminuye el tiempo de cicatrización.*

Palabras Clave: Úlcera venosa; *insuficiencia venosa; vendajes de compresión.*

Introducción y objetivo

La insuficiencia venosa crónica es el principal motivo de consulta de patología vascular en atención primaria. Tiene una prevalencia del 64% en mujeres y del 37% en hombres. Desencadena la producción de úlceras venosas, que suelen ser lesiones situadas a nivel del tercio distal de los miembros inferiores de más de cuatro semanas de evolución, siendo muy costosas de curar tanto en tiempo como en recursos. Pueden llegar a influir seriamente en la calidad de vida de los pacientes. Es por ello que se pretende acelerar el proceso de cicatrización.

Material y métodos

Este estudio se ha llevado a cabo mediante una revisión bibliográfica en las distintas bases de datos PubMed, Scielo, Cochrane, y en guías de práctica clínica, utilizando como palabras clave úlcera venosa, insuficiencia venosa crónica, compresión terapéutica, vendaje compresivo y vendaje bicapa, e incluyendo como criterios artículos publicados entre 2014-2019, escritos en español y relacionados con los objetivos “Evaluar la eficacia de la terapia compresiva en úlceras venosas” y “Reducir el tiempo de cicatrización de úlceras venosas”.

Según la clasificación CEAP (Clínica, Etiología, Anatomía, Fisiopatología) podemos encontrar 6 estadios de insuficiencia venosa, siendo 0 la ausencia de signos visibles o palpables y 6 úlcera abierta. Deberíamos comenzar a tratar la insuficiencia venosa en estadio 1, para evitar posteriormente la aparición de venas varicosas (estadio 2) y empeoramiento circulatorio llegando a producir una úlcera. La insuficiencia venosa crónica se da desde el estadio 3 al 6.

Se produce una retroalimentación cuando en la úlcera venosa no se utiliza tratamiento compresivo, ya que al haber un aumento de la presión en el lecho capilar y trasudación de líquidos y proteínas hacia el espacio intersticial, se altera la circulación sanguínea y el suministro de nutrientes a la piel y a los tejidos subcutáneos. Esto provoca un empeoramiento circulatorio, disminuyendo el retorno venoso, aumentando la insuficiencia venosa crónica y aumentado las úlceras venosas tanto en número como en tamaño.

La terapia compresiva es el principal elemento en el tratamiento de la insuficiencia venosa crónica, ya que permite luchar contra las fuerzas hidrostáticas de la hipertensión venosa. Además, si se realiza un programa de ejercicios musculares, se mejora la función de las bombas musculares de las piernas.

Resultados

De toda la bibliografía consultada, hemos obtenido los siguientes resultados:

ISBN: 978-84-949197-6-3

- Se sabe que el tratamiento implica el cuidado integral del paciente. En caso de que el paciente tenga alguna patología que pueda empeorar el tiempo de cicatrización, hay que controlarla. Además hay que tener en cuenta la elección fundamentada en los apósitos que aceleren la cicatrización. En función de si tratamos una úlcera exudativa, o presente tejido desvitalizado, saber qué apósito utilizar o si fuese necesario desbridar.
- La eficacia de la compresión depende del tipo de vendaje. Los vendajes de crepé son efectivos durante un periodo corto de tiempo, no aseguran una presión adecuada, mientras que los vendajes bicapa resultan más efectivos, manteniendo una presión entre 20 y 40 mm HG de manera continua y pudiendo durar hasta siete días. Si se hace una adecuada compresión, se consigue reducir un 51% del área en 4 semanas.
- Un ensayo en pacientes con úlceras venosas recientemente curadas comparó las tasas de recurrencia con y sin compresión y encontró que la compresión redujo significativamente la nueva aparición de la úlcera a los seis meses. Para ello, se debería exigir al paciente el cumplimiento del tratamiento. Se ha observado que solamente uno de cada tres pacientes ambulatorios se adhieren al tratamiento y lo cumplen. Suelen ser terapias molestias que incomodan al paciente, provocando un cumplimiento ineficaz del tratamiento.

Conclusiones

Con todos estos resultados obtenidos, podemos sacar las siguientes conclusiones:

- La compresión incremente las tasas de curación frente a la no utilización de la misma.
- Los sistemas de vendaje multicapa son más eficaces que los vendajes simples.
- La compresión fuerte es mejor que la compresión más moderada en términos de resultados, sin embargo no se encuentran diferencias entre los distintos sistemas de compresión fuerte.
- La molestia producida por el vendaje provoca que solamente uno de cada tres pacientes cumplan el tratamiento.

Bibliografía

1. Alimi Y Hartung O Tratamiento quirúrgico y endovascular de la insuficiencia venosa crónica profunda EMC Cirugía General, Elsevier, Vol 19 ,pag 1 27 mar 2019.
2. Delgado Roche, E, Malla Clua B, Marquilles Bonet C, Bravo Andres N Abordaje de una úlcera de etiología venosa con apósito hidrodetersivo y vendaje de compresión multicapa Gerokomos vol 28 no 4 Barcelona dic 2017.
3. Folguera Álvarez, M C, Verdú Soriano, J Adherencia a la terapia compresiva en los pacientes con úlceras venosas Gerokomos vol 26 no 3 Barcelona sep. 2015.
4. Nelson EA, Bell Syer SE Compresión para prevenir la recurrencia de úlceras venosas Cochrane Database Syst Rev Sep 2014.
5. Lopes Macêdo M, Silva Souza, D A, Dos Santos, J C, Nogueira Rodrigues R, Sousa Afonso G, Henriques Cortez, A O, Nogueira Cortez, D Úlcera venosa seis años de existencia por 92 días de cicatrización Gerokomos vol 27 no 3 Barcelona, sep 2016.

Capítulo 67

Conciénciate, la enfermería escolar es el camino al progreso

Villanueva Rodrigo, Tamara

Carrasco Castellanos, Marta



CONCIÉNCIATE:



LA ENFERMERÍA ESCOLAR ES EL CAMINO AL PROGRESO

Autores: TAMARA VILLANUEVA RODRIGO Y MARTA CARRASCO CASTELLANOS

Filiación: SATSE CIUDAD REAL

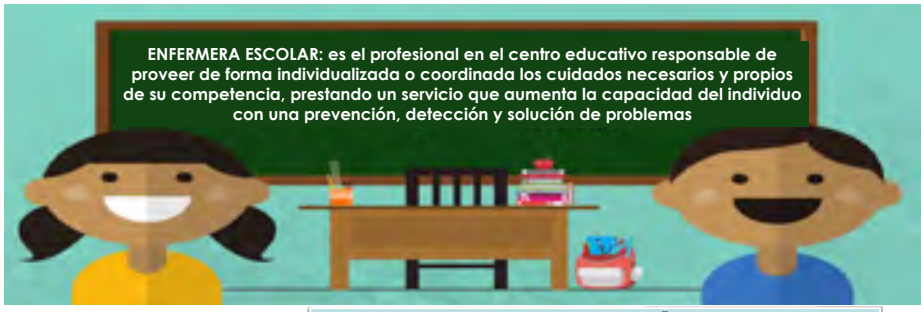
INTRODUCCIÓN

La figura de la enfermera escolar surgió hace mas de 100 años en países occidentales:
- Europa→ finales del siglo XIX
- EEUU→ Principios del siglo XX

Su necesidad surge en 1891 en el" **Congreso de Higiene y Demografía** (Londres)→***"Malcom Moris"***

En 1897 se generan puestos de enfermeras escolares en colegios→**"The London School Nurses'Society**

En *España:*
- **1ª Asociación Madrileña en Centros Educativos (AMECE) en 2008.**
- **En Castilla La Mancha existe un total de 61 enfermeras escolares→ 1 enfermera por cada 4.307 alumnos.**



OBJETIVOS

VISIBILIZAR LA IMPORTANCIA DE LA ENFERMERIA ESCOLAR

- DIRIGIR Y DESARROLLAR PROGRAMAS PARA LA SALUD INFANTIL
- EMPODERAR A LA COMUNIDAD EDUCATIVA CON EL FIN DE PROMOVER LA SALUD Y PREVENIR LA ENFERMEDAD
- APORTAR ASISTENCIA Y ASESORAMIENTO AL ALUMNADO CON NECESIDADES ESPECÍFICAS



MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado mediante una revisión bibliográfica con limites de búsqueda entre 2010-2019 en diferentes bases de datos:
→Dialnet, pubmed, cochrane y google académico.
Los términos empleados son **enfermera & escolar. "enfermería escolar" ("enfermería") AND ("escolar"),**
Fueron seleccionados a partir del titulo 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 ingles y español y publicados en los últimos 10 años y que definían las funciones e intervenciones de la figura de la enfermera escolar.
- EXCLUSIÓN: Aquellos que se centraban en los problemas de los niños fuera de la comunidad escolar.

RESULTADOS

Los artículos encontrados reflejan que los centros escolares, no están capacitados para atender a multitud de niños con diferentes patologías crónicas, ni resolver situaciones de emergencia que pueden surgir a lo largo de la jornada lectiva. Por ello la implantación de la enfermera en el ámbito escolar es primordial debido a que es una figura que adquiere conocimientos sobre diferentes disciplinas.

En los últimos años:
- ❖ Han aumentado las cifras colesterol infantil repercutiendo en un aumento de la obesidad
- ❖ Menos de la mitad de los alumnos realizan un buen desayuno
- ❖ Se han triplicado los números de casos de Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- ❖ Aumento de embarazos no deseados en adolescentes
- ❖ Mayor numero de casos de consumo de alcohol, drogas y tabaco en edades mas tempranas.

La enfermera escolar abarca una atención integral estableciendo unos controles y valoraciones necesarias dentro del aula realizando una serie de cuidados de salud. Además de detectar necesidades de salud, prestar apoyo, asesorar y formar a todo el colectivo escolar

Fomentar la adquisición de conocimientos que potencien elegir hábitos sanos.

Mayor eficacia de implantación de programas de educación para la salud a edades tempranas antes de las conductas de riesgo.

TALLERES
- Alimentación saludable. Asesoramiento de intolerancias
- Planificación familiar
- Información sobre enfermedades crónicas
- Primeros auxilios
- Promoción de la salud y prevención de enfermedades
- Educación sexual





CONCLUSIONES

El papel de la enfermera en este ámbito es fundamental para la orientación y formación de los alumnos, familiares y del personal docente y no docente. La enfermera se encuentra en todos los momentos vitales de una persona desde su nacimiento hasta que fallece, por ello el entorno escolar es un lugar idóneo para comenzar a forjar conocimientos importantes desde edades muy tempranas.
Su labor proporciona unas buenas condiciones de salud para garantizar una continuidad escolar que conlleva a una disminución del absentismo escolar, así como la tranquilidad de la familia y del profesorado.
En España queda mucho camino por recorrer para normalizar esta situación e instaurar la enfermera escolar en todos los centros escolares del territorio español.
Es primordial su divulgación para **CONCIENCIAR A LA SOCIEDAD** de la importancia de la figura enfermera escolar.

CONTRIBUIR EN LA MEJORA DE CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN MAS VULNERABLE.

REFERENCIAS

1. Encinar Casado A. Enfermería escolar. La situación hoy en día. Estudio descriptivo. Revista Enfermería CyL. [Revista Digital] 2012; Vol 7 - Nº 1 (2015): ISSN 1989-3884. URL disponible en: http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/144
2. Martínez Sabater A., Martínez Puig C., Marzà Gascón A., Escrivá Aznar G., Blasco Roque M., Llorca J. Hábitos de sueño de la población infantil del Grau de Gandía. Un estudio descriptivo. Revista Enfermería Global. [Revista Digital] 2012; 11 (27): 124-141. URL disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?%20script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000300008
3.Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos (AMECE). Perfil de Enfermería Escolar. Madrid: AMECE; 2009. [En línea]. URL disponible en: http://www.amece.es/images/perfil.pdf
4.Ruiz Alcalá C., García Marina C., González García N. Gestión de un servicio de enfermería escolar. [En línea] Metas de Enferm oct 2012; 15(8): 50-55. URL disponible en: http://www.amece.es/images/2.gestion.pdf
5,González Jiménez E. La enfermera en el ámbito escolar: importancia en la prevención y promoción de la salud. Enfermería Comunitaria [Rev. Digital] 2012; 8(1). URL disponible en: http://www.index-f.com/comunitaria/v8n1/ec7813.php
6.Mohammed Yasin H., Isla Pera P., López Matheu C., Juvé Udina M. El papel de los enfermeros escolares. Enfermería Comunitaria [Rev. Digital] 2017; Rev Rol Enferm 2017; 40(2): 102-109. URL disponible en: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/120516/1/672840.pdf

Resumen: *En los últimos años se ha comprobado que las patologías entre niños y adolescentes han aumentado, pero los centros escolares no están capacitados de ninguna figura que permita resolver las diversas situaciones de emergencia que puedan suceder a lo largo de la jornada lectiva. Por ello, a través de este estudio queremos mostrar la importancia de la visibilización de la figura de la enfermera escolar en los centros.*

Palabras Clave: *Nursing; school nursing; school health services.*

Introducción

En países occidentales, la figura de la enfermera escolar surgió hace más de 100 años a través del Congreso de Higiene y Demografía en Londres. Años más tarde se generaron puestos de trabajo como enfermera escolar en diferentes países, llegando a los colegios de las comunidades españolas.

Objetivo

El objetivo principal del trabajo es concienciar de la importancia de la enfermera escolar en los centros escolares con el fin de evitar conductas que perjudiquen la salud de los más jóvenes proporcionando la educación necesaria para ello, así como la rápida actuación en el centro de los problemas de salud que puedan padecer.

Material y métodos

Se realizó una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos: Dialnet, Pubmed, Cochrane y Google Académico.

Resultados y conclusiones

Con toda la información obtenida cabe destacar que la implantación de la figura enfermera se está convirtiendo en algo cada vez más importante en los centros puesto que las patologías crónicas entre los escolares tienen cada vez más prevalencia.

Al cabo de los años han ido aumentando enfermedades crónicas, intolerancias alimenticias o enfermedades de transmisión sexual y accidentes formando parte del día a día de colegios e institutos. Con estos argumentos, nace la Plataforma Estatal de Enfermera Escolar, con el fin de acabar con la gran “asignatura pendiente” de los sistemas educativo y sanitario.

La plataforma quiere establecer un modelo de consenso entre Sanidad y Educación, con criterios normativos homogéneos en toda España.

Los centros escolares, no están capacitados para atender a multitud de niños con patologías crónicas, ni resolver situaciones de emergencia que pueden surgir a lo largo de la jornada lectiva. La mayoría de los colegios, en los que no hay enfermería escolar, son los profesores los que tienen que atender al niño en una complicación sanitaria y muchos de ellos no tienen la formación básica para actuar de manera adecuada. Por ello la implantación de la enfermera en el ámbito escolar es primordial debido a que es una figura que ayuda a la adquisición de conocimientos en diferentes disciplinas.

Se trata del profesional en el centro educativo responsable de proveer de forma individualizada o coordinada los cuidados necesarios y propios de su competencia, prestando un servicio que aumenta la capacidad del individuo con una prevención, detección y solución de problemas.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Esta figura es una necesidad, no un lujo ya que es un profesional que está presente toda la jornada lectiva en el centro, integrado en la comunidad educativa, siendo necesaria una asistencia diaria abarcando una atención integral, estableciendo unos controles y valoraciones necesarias dentro del aula, realizando una serie de cuidados de salud. Además de detectar necesidades de salud, prestar apoyo, asesorar y formar a todo el colectivo escolar.

Son las encargadas de ayudar con la adherencia al tratamiento a los menores, fomentar la adquisición de hábitos sanos, promoción y programas de educación para la salud a través de talleres como, por ejemplo: Alimentación saludable, planificación familiar, primeros auxilios, entre otros.

Es primordial abordar todos estos problemas de salud que han ido aumentando con el paso de los años, ya que España es el segundo país europeo con mayor índice de obesidad infantil y mayor número de casos de diabetes. Así mismo, se han incrementado de manera muy preocupante los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. Resulta imprescindible una educación sexual temprana propiciando todo tipo de información sobre las conductas de riesgo a estas edades.

Además, la ausencia de esta figura representa para los padres una intranquilidad de no tener asegurada la atención de sus hijos con problemas crónicos durante el horario escolar, que cambiaría con su presencia en el centro favoreciendo la conciliación de la vida laboral y familiar, evitando el absentismo en el trabajo de los padres, y el absentismo escolar de los menores por determinados problemas de salud.

Su finalidad es contribuir en la mejora de la calidad de vida de la población más vulnerable.

En España queda mucho camino por recorrer para normalizar esta situación e instaurar la enfermera escolar en todos los centros escolares del territorio español. Es primordial su divulgación para concienciar a la sociedad de la importancia de la figura enfermera escolar.

Bibliografía

1. Encinar Casado A. Enfermería escolar. La situación hoy en día. Estudio descriptivo. Revista Enfermería CyL. [Revista Digital] 2012; Vol 7 - Nº 1 (2015): ISSN 1989-3884. URL disponible en: http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/144.
2. Martínez Sabater A., Martínez Puig C., Marzà Gascón A., Escrivá Aznar G., Blasco Roque M., Llorca J. Hábitos de sueño de la población infantil del Grau de Gandía. Un estudio descriptivo. Revista Enfermería Global. [Revista Digital] 2012; 11 (27): 124-141. URL disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?%20script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000300008.
3. Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos (AMECE). Perfil de Enfermería Escolar. Madrid: AMECE; 2009. [En línea]. URL disponible en: http://www.amece.es/images/perfil.pdf.
4. González Jiménez E. La enfermera en el ámbito escolar: importancia en la prevención y promoción de la salud. Enfermería Comunitaria [Rev. Digital] 2012; 8(1). URL disponible en: http://www.index-f.com/comunitaria/v8n1/ec7813.php.
5. Nace la Plataforma de Enfermera Escolar. (4 de Abril de 2019) https://diariosanitario.com/nace-la-plataforma-de-enfermera-escolar/.

Capítulo 68

Conociendo nuevas intervenciones de enfermería: Catéter venoso medial

Moreno Pérez, Helena

Risquez Mateos, Roberto

Hidalgo Vélez, Esther

“Conociendo nuevas intervenciones de enfermería: catéter venoso medial.”



Introducción

Avanzar en la seguridad del paciente y la mejora de calidad de los cuidados es una prioridad para el Sistema Sanitario. Para ello es importante el generar una cultura de traslación del conocimiento, implantar en la práctica clínica las mejores evidencias disponibles, potenciar la investigación para el desarrollo de prácticas seguras y la participación activa de profesionales y ciudadanía.

En la práctica clínica actual se buscan alternativas de terapia intravenosa que satisfagan las necesidades del paciente y reduzcan las complicaciones asociadas con el uso de catéteres venosos, ya sean centrales o periféricos.

Numerosos estudios muestran que los catéteres venosos de línea media (MVC o midlines) ofrecen a los pacientes y al personal sanitario la posibilidad de ampliar la duración de la terapia de infusión, usando materiales de compatibilidad más seguros y con menor riesgo de infección. Las líneas medias se están convirtiendo en un dispositivo seguro y eficiente para la terapia intravenosa tanto en infusión continua como intermitente, siempre y cuando estén soportadas por unos cuidados enfermeros especializados.



Objetivos

- ✓ Revisar la evidencia científica en relación con los catéteres venosos de línea media (MVC o midlines).
- ✓ Actualizar conocimientos enfermeros para llevar a cabo una práctica clínica basada en la evidencia científica.
- ✓ Exponer las ventajas de los MVC frente a los catéteres venosos periféricos y catéteres venosos centrales de manera que constituyan una alternativa en la terapia de infusión intravenosa



Material y Métodos

Consiste en una revisión bibliográfica en diferentes fuentes. Se ha realizado una revisión sistemática acerca de la evidencia científica existente de los catéteres venosos de línea media en los últimos 5 años. Fuentes de información: Guías de práctica clínica de enfermería del ámbito nacional, entre ellas, destacamos: Recomendaciones basadas en la evidencia para el cuidado del acceso vascular (País Vasco), Guía para la prevención de infecciones asociadas al uso de dispositivos venosos (Consejería de Salud, Servicio Andaluz de Salud). Y las siguientes plataformas: PUBMED, CINHAL, Cuiden, Cochrane.

Resultados



INDICACIONES

- Mal acceso venoso periférico
- Terapia endovenosa que vaya a ser superior a 6 días e inferior a 4 semanas.
- Infusiones PH entre 5-9, osmolaridad < 500mOs.
- Limitación en el uso con productos vesicantes, irritantes y de osmolaridad no adecuada.
- Infusiones adecuadas al CVP tales como sueroterapia, antibióticos, hemoderivados, corticoides y sedantes entre otros.

VENTAJAS

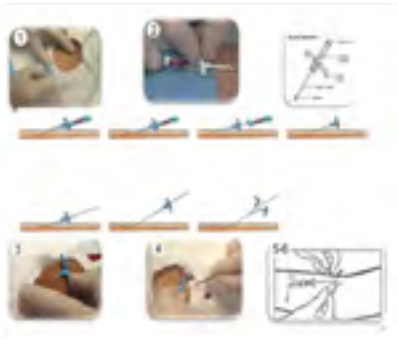
- Disminuye el número de venopunciones
- Es un sistema más económico que la técnica PICC
- Existe evidencia científica donde que se demuestra una menor incidencia de trombosis
- Tiene menor riesgo de bacteriemia en comparación a los CVC
- No precisa placa de tórax para su verificación; se puede implantar en domicilio
- No existe riesgo de arritmia

COMPLICACIONES

- Flebitis/ Tromboflebitis
- Trombosis
- Infección: la evidencia clínica constata, que existe una menor incidencia de infección que en los CVC
- Obstrucción/oclusión del catéter
- Rotura
- Desplazamiento
- Cuenta con un riesgo de extravasación considerable y difícil de detectar, al encontrarse alojado el extremo distal en un vaso profundo.

- Los catéteres venosos son dispositivos habituales en la asistencia sanitaria, que persiguen un fin diagnóstico o terapéutico, destacando la administración de medicación, hemoderivados y nutrición parenteral.
- Requiere una vena de gran calibre, basílica, cefálica, antebraquial y braquial.
- No admite administración de medios de contraste a presiones elevadas.
- No permiten extracciones sanguíneas, de forma habitual.









Conclusiones

- ✓ Las líneas medias se están convirtiendo en un dispositivo seguro y eficiente para la terapia intravenosa tanto en infusión continua como intermitente, siempre y cuando se les preste la atención necesaria por parte de unos cuidados enfermeros expertos.
- ✓ Los MVC son una buena alternativa frente al catéter venoso periférico corto y el catéter venoso central teniendo en cuenta la terapia y tratamiento del paciente. Es un dispositivo más para la terapia intravenosa y, como tal, se debe de evaluar el riesgo/beneficio que supone su elección.
- ✓ El MVC debe ser considerado como un acceso venoso periférico alternativo, considerándose desde el inicio del tratamiento.

XI CONGRESO DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA SATSE. Ciudad Real, 28,29 y 30 de Mayo 2019.

Resumen: *Los catéteres venosos de línea media (MVC o midlines) son un dispositivo seguro y eficiente para la terapia intravenosa, ya sea continua o intermitente. Constituyen una alternativa aceptable frente a los catéteres venosos periféricos y lo catéteres venosos centrales. Como cualquier otro dispositivo tiene una serie de indicaciones para su implantación, unas ventajas y unas complicaciones derivadas de su uso.*

El personal sanitario debe de conocer lo citado anteriormente para un uso eficiente del MVC, desde el manejo de la técnica de implantación hasta los cuidados específicos para su correcto mantenimiento y funcionalidad.

Palabras Clave: *Catéteres; flebitis; infusiones intravenosas.*

Introducción

Avanzar en la seguridad del paciente y la mejora de calidad de los cuidados es una prioridad para el Sistema Sanitario. Para ello es importante generar una cultura de traslación del conocimiento, implantar en la práctica clínica las mejores evidencias disponibles, potenciar la investigación para el desarrollo de prácticas seguras y la participación activa de los profesionales y la ciudadanía.

Numerosos estudios muestran que los catéteres veno¬sos de línea media (MVC o midlines) ofrecen la posibilidad de ampliar la duración de la terapia de infusión, usando materiales de compatibilidad más seguros y con menor riesgo de infección. Las líneas medias se están convirtiendo en un dispositivo seguro y eficiente para la terapia intravenosa tanto en infusión continua como intermitente, siempre y cuando estén soportadas por unos cuidados enfermeros especializados

Objetivos

- Revisar la evidencia científica en relación con los catéteres venosos de línea media (MVC o midlines).
- Actualizar conocimientos enfermeros para llevar a cabo una práctica clínica basada en la evidencia científica.
- Exponer las ventajas de los MVC frente a los catéteres venosos periféricos y catéteres venosos centrales de manera que constituyan una alternativa en la terapia de infusión intravenosa.

Material y método

Consiste en una revisión bibliográfica en diferentes fuentes. Se ha realizado una revisión sistemática acerca de la evidencia científica existente de los catéteres venosos de línea media en los últimos 7 años.

Fuentes de información: Guías de práctica clínica de enfermería del ámbito nacional (País Vasco, Andalucía) y las siguientes plataformas: Pubmed, Cinhal, Cuiden, Cochrane.

Resultados

Los catéteres venosos son dispositivos habituales en la asistencia sanitaria, que persiguen un fin diagnóstico o terapéutico, destacando la administración de medicación, hemoderivados y nutrición parenteral.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Los midlines son dispositivos de acceso venoso periférico de entre 8 a 25 cm de longitud. Requiere una vena de gran calibre, se colocan generalmente en la vena braquial o cefálica del brazo, Al ser venas con un mayor flujo sanguíneo, producen un menor riesgo de flebitis mecánica o química. Debido a que el extremo distal de estos catéteres no se extiende más allá de la línea axilar, existen limitaciones para su uso: tipo de medicamentos infundidos, velocidad de infusión, etc.

Hay diferentes técnicas de implantación que han evolucionado en los aspectos de materiales (silicona y poliuretano) y de avances tecnológicos (ultrasonido): técnica de Seldinger con micropunción y técnica de Seldinger guiada por ultrasonido.

Indicaciones:

- Mal acceso venoso periférico.
- Terapia endovenosa que vaya a ser superior a 6 días e inferior a 4 semanas.
- Infusiones PH entre 5-9/ osmolaridad < 500mOs.
- Limitación en el uso con productos vesicantes, irritantes y de osmolaridad no adecuada.
- Infusiones adecuadas al CVP tales como sueroterapia, antibióticos, hemoderivados, corticoides y sedantes entre otros.

Ventajas:

- Disminuye el número de venopunciones.
- Es más económico que la técnica PICC.
- Menor incidencia de trombosis según la evidencia científica.
- Menor riesgo de bacteriemia que los catéteres venosos centrales (CVC).
- No precisa placa de tórax para su verificación.
- Se puede implantar en domicilio.
- No existe riesgo de arritmia.

Complicaciones:

- Flebitis/Tromboflebitis.
- Trombosis.
- Infección: La evidencia clínica constata que existe una menor incidencia de infección que en los CVC.
- Obstrucción/oclusión del catéter.
- Rotura.
- Desplazamiento.
- Extravasación: Difícil de detectar al encontrarse en el extremo distal en un vaso profundo.

Precauciones:

- No admite administración de medios de contraste a presiones elevadas.
- No permiten extracciones sanguíneas de forma habitual.

La elección del catéter venoso, periférico o central, depende de las características del fármaco a administrar, la duración del tratamiento y la disponibilidad de sitios de acceso vascular periférico. Además, hay que tener en cuenta las características del paciente (edad, estado vascular, comorbilidades) y los recursos disponibles para el cuidado del catéter.

Cuidados:

- Tras la implantación comprobar el flujo sanguíneo, lavar con suero salino y anticoagular mediante la técnica de sellado con presión positiva con una dilución monodosis de heparina de baja concentración si no se va a utilizar inmediatamente el catéter.
- Cambio de apósito a las 24-48 horas de la inserción. Si no hay sangrado las curas posteriores se realizaran semanalmente.
- Cubrir la zona del catéter con un protector.
- Comprobar permeabilidad del catéter en cada uso y lavar tras administrar la medicación, si el midline no se va a utilizar tras el lavado, anticoagular con monodosis de heparina sódica de baja concentración.
- En catéteres en reposo, la recomendación de mantenimiento es: lavados cada 12h y anticoagulación con monodosis de heparina sódica de baja concentración.

La higiene de manos deberá realizarse antes y después de palpar el lugar de inserción del catéter, así como antes y después de la inserción, recolocación, acceso, reparar o cambiar el apósito de un catéter intravascular.

Conclusiones

- Las líneas medias se están convirtiendo en un dispositivo seguro y eficiente para la terapia intravenosa tanto en infusión continua como intermitente, siempre y cuando se les preste la atención necesaria por parte de unos cuidados enfermeros expertos.
- Los MVC son una buena alternativa frente al catéter venoso periférico corto y el catéter venoso central teniendo en cuenta la terapia y tratamiento del paciente. Es un dispositivo más para la terapia intravenosa y, como tal, se debe de evaluar el riesgo/beneficio que supone su elección.
- El MVC debe ser considerado como un acceso venoso periférico alternativo, considerándose desde el inicio del tratamiento.

Bibliografía

1. Dawson RB, Moureau NL, et al. Midline Catheters: An Essential Tool in CLABSI Reduction. Infection Control Today, 2013.
2. Carrero MC, Montealegre M, Cubero MA. Catéter venoso medial o midline (MVC), Revista Rol de Enfermería 2014; 37(1): 36-41.
3. Consejería de Salud del Servicio Andaluz de Salud. Guía fase para la prevención de infecciones asociadas al uso de dispositivos venosos. Sevilla. 2017. Disponible en: www.picuida.es.
4. Servicio de salud Osakidetza. Recomendaciones basadas en la evidencia para el cuidado del acceso vascular. País Vasco. 2015. Disponible en: www.osakidetza.euskadi.eus.

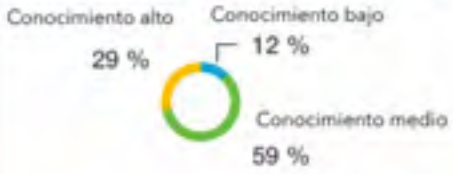
Capítulo 69

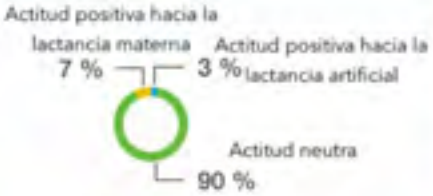
Conocimientos y actitudes sobre la lactancia materna en los alumnos del grado de enfermería

García Ceballos, Macarena

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE LA LACTANCIA MATERNA EN LOS ALUMNOS DEL GRADO DE ENFERMERÍA

Resultados





Relación entre el nivel de conocimiento y las variables a estudio

		Conocimiento bajo	Conocimiento medio	Conocimiento alto	Valor p
Universidad	Ciudad Real	18,8%	60,2%	21%	0,068
	Mérida	0%	52,6%	47,4%	
Sexo	Hombre	12,5%	62,5%	25%	0,936
	Mujer	11,9%	58,7%	29,4%	
Curso	Primero	45,5%	54,5%	0%	0,000
	Segundo	25%	56,2%	18,8 %	
	Tercero	7,1%	75%	17,9%	
	Cuarto	1,3%	59,2%	28,9%	
Rotaciones neonatología	Si	3,9 %	64,8%	31,7%	0,01
	No	16,5%	49,0%	47,1%	
Rotación matrona y grupos de apoyo LM	Matrona y grupo de apoyo	2,9%	47,1%	50%	0,006
	Solo matrona	10,7%	53,6%	35,7%	
	No rotación	16,3%	66,3%	17,3%	
Suficientes conocimientos	Si	0%	53,6%	46,4%	0,011
	No	17,7%	66,1%	16,1%	
	No lo se	11,5%	53,8%	34,6%	

Relación entre la actitud hacia la lactancia y las variables a estudio

		Actitud positiva hacia la lactancia artificial	Actitud neutra	Actitud positiva hacia la lactancia materna	Valor p
Universidad	Ciudad Real	3,3%	91,1%	5,7%	0,214
	Mérida	0%	84,2%	15,8%	
Curso	Primero	4,5%	95,5%	0%	0,714
	Segundo	6,3%	87,5%	6,3%	
	Tercero	3,6%	89,3%	7,1%	
	Cuarto	2,8%	89,5%	9,2%	
Rotaciones neonatología	Si	0%	92,2%	7,8%	0,309
	No	4,4%	89,0%	6,6%	
Rotación matrona y grupos de apoyo lactancia	Matrona y grupo de apoyo	5,9%	85,3%	8,8%	0,681
	Solo matrona	0%	92,9%	7,1%	
	No rotación	2,5%	91,3%	6,3%	
Suficientes conocimientos	Si	3,6%	89,3%	7,1%	0,954
	No	1,6%	91,9%	6,5%	
	No lo se	3,8%	88,3%	7,7%	

Objetivo

Analizar los conocimientos y actitudes sobre lactancia materna entre los alumnos del grado de enfermería de las facultades de Ciudad Real y Mérida.

Conclusión

Los participantes del estudio obtuvieron una actitud neutra hacia la lactancia y un nivel medio de conocimientos en esta práctica.

El porcentaje más alto de conocimientos altos lo presentaba cuarto.

En función del valor p, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de conocimiento y el curso, las rotaciones por neonatología, la rotación con la matrona y grupos de apoyo, y la opinión de los participantes sobre sus conocimientos.

Introducción

La OMS recomienda lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida, la introducción de alimentos apropiados para la salud y seguros a partir de entonces, y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años de vida.

Los profesionales de la salud tienen un papel decisivo informando desde el primer contacto con las embarazadas para ayudar a promover la lactancia materna, informándoles de los múltiples beneficios de esta práctica.

Material y método

Estudio observacional y descriptivo sobre una muestra de 142 estudiantes de las facultades de Ciudad Real y Mérida durante el año 2018/2019.

Para la evaluación de los conocimientos se utilizó un cuestionario de elaboración propia con 34 preguntas sobre diversas prácticas y aspectos relacionados con la lactancia materna. Para la evaluación de la actitud de los participantes, se utilizó un cuestionario de actitudes hacia la lactancia materna validado por el CEIC (Comité de Ética en Investigación Clínica) conocido como Adaptación de la Iowa Infant Feeding Scale en población mexicana, con 17 preguntas cuyas respuestas utilizaban la escala Likert.

Las principales variables eran conocimiento y actitud. Las variables independientes se dividieron en: sociodemográficas (sexo y edad) y de formación (curso académico, facultad, servicios rotados relacionados con la maternidad, cursos relacionados con la lactancia materna y la opinión de los participantes sobre sus conocimientos).

Para el análisis estadístico se utilizará el paquete estadístico SPSS 22.0. Para la estadística descriptiva se utilizó frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas, y media y desviación estándar (DE) para las variables cuantitativas. Para el análisis bivariante se empleó la prueba del Chi Cuadrado de Pearson para las variables independientes y dependientes de tipo cualitativo.

Resumen: *Se considera lactancia materna exclusiva cuando el recién nacido solo se alimenta de leche materna, sin otro tipo de suplementos, sólidos o líquidos, incluidos el agua. La OMS recomienda lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida, la introducción de alimentos apropiados y seguros a partir de entonces, y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los dos años o más.*

El objetivo de este estudio fue conocer y analizar los conocimientos y las actitudes de los estudiantes del grado de enfermería en el campo de la lactancia materna.

Palabras Clave: *Conocimientos, actitudes y práctica en salud; Lactancia materna; Estudiantes de enfermería.*

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y trasversal sobre una muestra no probabilística consecutiva de estudiantes de enfermería de la Facultad de Ciudad Real (UCLM) y la Facultad de Mérida (UEX). La participación total fueron 142 alumnos y no existieron criterios de exclusión. Este estudio fue realizado entre el 16 de diciembre del 2018 al 31 de enero del 2019.

La media de edad de los participantes se sitió en 21,10 años (Desviación estándar= 2,44), fueron 123 alumnos de la Universidad de Ciudad Real y 19 alumnos de cuarto de la Universidad de Mérida. El 88,7% fueron mujeres y el 11,3% hombres.

Las principales variables del estudio fueron conocimiento y actitud, y las variables independientes fueron sexo, edad, curso académico, facultad de estudio, servicios sanitarios rotados relacionados con la maternidad, cursos relacionados con la lactancia materna y la consideración de tener suficientes conocimientos en esta práctica.

Resultados

El cuestionario de conocimientos fue de elaboración propia cuyas preguntas se basaron en la Guía de Práctica Clínica sobre la lactancia. 34 preguntas de las cuales se obtuvieron 3 cuestiones con mayores número de respuestas acertadas, la número 3 (“Se recomienda realizar el contacto piel con piel en el postparto inmediato colocando al recién nacido sobre el pecho desnudo de la madre en los primeros 120 minutos de vida, tanto en parto natural como en cesárea”) con un 90,5 % de aciertos, la número 9 (“Hay que lavar muy bien el pecho antes y después de las tomas para evitar infecciones”) con un 88,7 % y la número 12 (“Hay que evitar determinados alimentos durante la lactancia”) con un 88 %. Para traducir estos datos se utilizó una escala donde de 0 a 10 respuestas correctas fue un nivel bajo de conocimientos con el 12 % de los encuestados; de 11 a 20 respuestas correctas un nivel medio con el 59,2 % y de 21 a 34 un nivel alto de conocimientos con el 28,9 %.

En relación con las variables a estudio, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la universidad (p=0,068) y en sexo (p=0,936). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en curso académico (p=0,05).

Conclusiones

En conclusión, los participantes obtuvieron un nivel medio de conocimientos y una actitud neutra hacia la lactancia.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Este estudio fue el primero realizado en la Facultad de enfermería de Ciudad Real con estas características, para estudios futuros, se podrían pasar dos cuestionarios, uno antes y otro después de realizar algún tipo de educación sanitaria en lactancia materna. A los participantes de este estudio se les debería de proporcionar más información en esta práctica y posteriormente volver a ser encuestados. El estudio ha contribuido a una conclusión de la cual cabe destacar que "los futuros profesionales de la salud desconocen muchos conceptos en lactancia materna, quizás por falta de interés personal o de educación sanitaria, pero son estos los encargados de fomentar una práctica tan beneficiosa como esta. Se deben impartir más conocimientos en lactancia materna para definir una actitud más positiva y un grado de conocimientos mayor".

Bibliografía

1. Adelina García Roldán, E. G.-H. Guía de Práctica Clínica sobre la lactancia materna. En S. S. Ministerio de Sanidad. Vitoria-Gasteiz: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco Donostia-San Sebastián, Vitoria-Gasteiz (2017).
2. Aguilar-Navarro, H., Coronado-Castilleja, A., Gómez-Hernández, O., & Cobos- Aguilar, H. Adaptación de la Iowa Infant Feeding Attitude Scale en población mexicana. Acta Pediatr Mex. 2016; 37(3); 149-158.
3. Patricia Molinero Diaz, M. J. Resultado de una intervencion de educacion para la salud de la lactancia materna. Enfermería clínica. 2015; 25, 235-238.

Capítulo 70

Conocimientos y conductas de los adolescentes sobre la sexualidad

González Castro, Juan Pedro

CONOCIMIENTOS Y CONDUCTAS DE LOS ADOLESCENTES SOBRE LA SEXUALIDAD

XI CONGRESO DE INVESTIGACIÓN-SATSE CIUDAD REAL

INTRODUCCIÓN

Cada vez es más difícil ignorar las conductas y actitudes que tienen los adolescentes en relación a la sexualidad. Muchas de estas conductas son consideradas de riesgo, que provocan graves problemas de salud pública, como son los embarazos a edades tempranas y enfermedades de transmisión sexual. Una de las principales causas de estos problemas es la falta de información que tienen los adolescentes sobre la sexualidad.

Por ello se hace necesario conocer los puntos débiles de los adolescentes respecto a la sexualidad. Así se podrán elaborar intervenciones que aumenten sus conocimientos y que a la vez, fomenten conductas sexuales responsables en este grupo de población.

OBJETIVOS

General: establecer los conocimientos y conductas de los adolescentes de 3º y 4º de ESO.

Específicos:

- Identificar qué fuentes utilizan los jóvenes para formarse sobre sexualidad.
- Identificar los conocimientos de los adolescentes sobre anticoncepción y enfermedades de transmisión sexual.
- Establecer las conductas de riesgo llevadas a cabo por los adolescentes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: estudio observacional, descriptivo y de corte transversal.

Muestra: 90 adolescentes de 3º y 4º de ESO del instituto de Moral de Cva (Ciudad Real).

Instrumento: el cuestionario empleado fue elaborado a partir de tres cuestionarios utilizados en estudios anteriores.

Variables: sociodemográficas, sobre temática sexual, ETS y anticoncepción.

Procedimiento: se colocó a los estudiantes en una situación tipo examen para realizar el cuestionario.

Análisis estadístico: se realizó análisis descriptivo de las variables y pruebas de contraste de hipótesis (Chi-Cuadrado, test exacto de Fisher, T-Student y U de Mann-Withney) para determinar la asociación. El nivel de significación se estableció en una $p<0,05$.

Aspectos éticos: para realizar el estudio se solicitó autorización al CEIC y a los responsables del centro.

RESULTADOS

- La fuente que más utilizan los adolescentes para obtener información sobre sexualidad son los amigos en un 78,9%.
- Amplio desconocimiento sobre anticonceptivos y sus funciones frente a las ETS.
- El 72,2% no sabía que no existen posturas que prevengan las ETS.
- Solamente el 13,3% sabía que VIH se puede transmitir en la penetración bucal.
- El 34,4% pensaba que la píldora anticonceptiva es un buen anticonceptivo para mantener relaciones esporádicas.
- El 15,6% ya había mantenido relaciones sexuales con penetración.

CONCLUSIONES

Existe un gran desconocimiento sobre las principales ETS, así como, de los métodos anticonceptivos y la función que tienen estos en la prevención de este tipo de enfermedades.

Lo único que podría cambiar esta situación sería la creación de una verdadera educación sexual al inicio de la adolescencia temprana, como principal protector frente a conductas de riesgo. En esta educación sexual, no solo participarían los profesores, también tendrían un papel muy importante los padres y los profesionales de la salud.

Resumen: *Objetivo: Describir los conocimientos y conductas de los adolescentes que cursan 3º y 4º de Educación Secundaria Obligatoria en relación a la sexualidad.*

Material y Métodos: Estudio descriptivo transversal. El cuestionario final fue elaborado a partir de tres cuestionarios utilizados en estudio anteriores. Análisis descriptivo e inferencial. El nivel de significación se estableció en una p

Palabras Clave: *Salud; sexualidad; adolescencia.*

Introducción

Cada vez es más difícil ignorar las conductas y actitudes que tienen los adolescentes en relación a la sexualidad. Muchas de estas conductas son consideradas de riesgo, que provocan graves problemas de salud pública, como son los embarazos a edades tempranas y enfermedades de transmisión sexual. Una de las principales causas de estos problemas es la falta de información que tienen los adolescentes sobre la sexualidad.

Por ello se hace necesario conocer los puntos débiles de los adolescentes respecto a la sexualidad. Así se podrán elaborar intervenciones que aumenten sus conocimientos y que a la vez, fomenten conductas sexuales responsables en este grupo de población.

Objetivos

General: Establecer los conocimientos y conductas de los adolescentes de 3º y 4º de ESO.

Específicos:

- Identificar qué fuentes utilizan los jóvenes para formarse sobre sexualidad.
- Identificar los conocimientos de los adolescentes sobre anticoncepción y enfermedades de transmisión sexual.
- Establecer las conductas de riesgo llevadas a cabo por los adolescentes.

Material y métodos

- **Diseño:** Estudio observacional, descriptivo y de corte transversal.
- **Muestra:** 90 Adolescentes de 3º y 4º de ESO del instituto de Moral de Cva (Ciudad Real).
- **Instrumento:** El cuestionario empleado fue elaborado a partir de tres cuestionarios utilizados en estudios anteriores.
- **Variables:** Sociodemográficas, sobre temática sexual, ETS y anticoncepción.
- **Procedimiento:** Se colocó a los estudiantes en una situación tipo examen para realizar el cuestionario.
- **Análisis estadístico:** Se realizó análisis descriptivo de las variables y pruebas de contraste de hipótesis (Chi-Cuadrado, test exacto de Fisher, T-Student y U de Mann-Withney) para determinar la asociación. El nivel de significación se estableció en una $p < 0,05$.

ISBN: 978-84-949197-6-3

- **Aspectos éticos:** Para realizar el estudio se solicitó autorización al CEIC y a los responsables del centro.

Resultados

- La fuente que más utilizan los adolescentes para obtener información sobre sexualidad son los amigos en un 78,9 %.
- Amplio desconocimiento sobre anticonceptivos y sus funciones frente a las ETS.
- El 72,2 % no sabía que no existen posturas que prevengan las ETS.
- Solamente el 13,3 % sabía que VIH se puede transmitir en la penetración bucal.
- El 34,4 % pensaba que la píldora anticonceptiva es un buen anticonceptivo para mantener relaciones esporádicas.
- El 15,6 % ya había mantenido relaciones sexuales con penetración.

Conclusiones

- Existe un gran desconocimiento sobre las principales ETS, así como, de los métodos anticonceptivos y la función que tienen estos en la prevención de este tipo de enfermedades.
- Lo único que podría cambiar esta situación sería la creación de una verdadera educación sexual al inicio de la adolescencia temprana, como principal protector frente a conductas de riesgo. En esta educación sexual, no solo participarían los profesores, también tendrían un papel muy importante los padres y los profesionales de la salud.

Bibliografía

1. Folch C, Álvarez JL, Casabona J, Brotons M, Castellsagué X, Salut A, et al. Determinantes de las conductas sexuales de riesgo en jovenes de Cataluña. Rev Esp Salud Pública. 2015;471–85.
2. Montero A. Educación sexual: un pilar fundamental en la sexualidad de la adolescencia. Rev Med Chile. 2011;139:1249–52.
3. Corral Cao L, Álvarez BM, Otero BV. Conocimientos , conductas y fuentes de información sobre salud sexual en adolescentes en un municipio gallego. Metas de Enfermería. 2016;19(1):60–7.

Capítulo 71

Consumo de golosinas y confites en niños de tercer ciclo de primaria

Santiago Galindo, Cristina

Collado Lozano, Andrés

Gallego Tirado, Cristina

Ruiz Mendoza, Esperanza

Autores:

Introducción:

Las **golosinas y confites** son alimentos de bajo valor nutritivo y elevado contenido calórico. Las **golosinas** son aquellos productos que están elaborados con azúcares y aditivos. Se incluyen en este grupo: Dulces de Regaliz, Merengues o dulces de espuma y Fondant. Los **confites** son aquellos productos formados por azúcar y frutos secos, frutas desecadas, cereales, harinas, féculas, aceites y mantequilla. Se distinguen: Grageas o confites propiamente dichos, Garrapiñados, Fruta bañada de chocolate o cobertura.

Su **valor nutritivo** es muy bajo, pero contienen un elevado contenido en azúcares. En los confites es diferente al incorporar frutos secos. El contenido de proteínas es elevado. El nivel de proteínas y minerales es aceptable.

El consumo de estos productos debe ser ocasional debido a que se ha relaciona con la presencia de sobrepeso y obesidad infantil.

Objetivos

- Estudiar el **consumo** de golosinas y confites
- Averiguar el **momento** y el **lugar** donde son ingeridos
- Valorar si los **medios de comunicación** influyen en la toma de dichos productos

Material y Métodos

- Diseño: estudio observacional descriptivo transversal
- Revisión bibliográfica previa en la que se incluyeron 5 estudios obtenidos de diferentes bases de datos electrónicas y libros
- Muestreo no probabilístico por conveniencia. Se incluyeron niños y niñas de 5º y 6º de primaria (10-11 años) procedentes de una población rural.
- Criterios de exclusión: niños que hayan repetido curso.
- Cuestionario de 17 preguntas de elaboración propia con respuesta múltiple, afirmativa o negativa. Para la realización de este trabajo se utilizaron 5 de las preguntas.
- Análisis estadístico: SPSS.15 y la realización de los gráficos con Microsoft Office Excel 2007

Resultados

Se obtuvo una muestra de 75 participantes (niños 46.3% % y niñas 53.7 %), 7 de ellos fueron excluidos. La edad de los participantes fue 50.09 %10 años y 40.94 %11 años. El consumo de confites y golosinas puede verse en las figuras 1 y 2. La influencia de la publicidad en la compra de estos productos puede verse en la figura 3. La figura 4 muestra los alimentos consumidos en la merienda.

Fig 1: Consumo de Golosinas

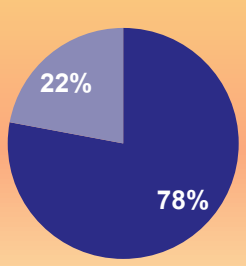


Fig 2: Consumo de Confites

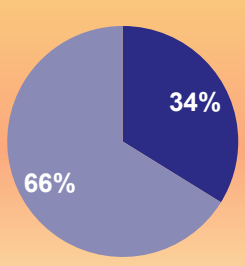


Fig 3: Compra de los productos anunciados en televisión

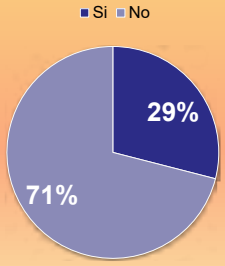
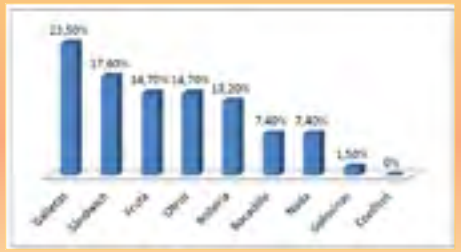


Fig 3: Composición de la merienda



El 44,10% de los encuestados los consume por la tarde, es un porcentaje elevado, dado a que estos deben ser consumidos de manera ocasional. Sólo un 1,5% consume golosinas en el recreo y en la merienda, no es un dato representativo dado que la mayoría toma otros alimentos.

Conclusiones:

- Las golosinas son consumidas en mayor porcentaje que los confites.
- Sólo en 1,5% consumen estos productos en el recreo y en la merienda,
- Casi la mitad de la encuestados los consumen por la tarde.
- La publicidad no incide a comprar los productos anunciados en la televisión.
- El consumo reportado en nuestro estudio es inferior al otros artículos relacionados con la ingesta de estos productos

A pesar de la existencia de una mayor concienciación sobre la adopción de una dieta saludable por parte de los niños, sigue siendo necesaria la implementación de medidas con el objetivo de cambiar hábitos alimenticios para evitar sobrepeso y obesidad y su morbilidad asociada.

Resumen: *Las golosinas y confites deben ser alimentos de consumo infrecuente. La ingesta de estos productos se ha relacionado con la presencia de sobrepeso y obesidad infantil. Se presenta un estudio descriptivo transversal en niños del tercer ciclo de educación primaria, en el Colegio Don José María de la Fuente, en Pozuelo de Calatrava, Ciudad Real. Los resultados obtenidos muestran un consumo elevado de estos productos, por lo que la conclusión que se obtiene es que se abusa de estos alimentos, de ahí la elevada prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil con las consecuencias negativas que esta conlleva.*

Palabras Clave: *Golosinas; confites; consumo.*

Introducción

Las golosinas y confites son alimentos de bajo valor nutritivo y elevado contenido calórico. Las golosinas son aquellos productos que están elaborados con azúcares y aditivos. Se incluyen en este grupo: Dulces de Regaliz, Merengues o dulces de espuma y Fondant. Los confites son aquellos productos formados por azúcar y frutos secos, frutas desecadas, cereales, harinas, féculas, aceites y mantequilla. Se distinguen: Grageas o confites propiamente dichos, garrapiñados, fruta bañada de chocolate o cobertura. Su valor nutritivo es muy bajo, pero contienen un elevado contenido en azúcares. En los confites es diferente al incorporar frutos secos. El contenido de proteínas es elevado. El nivel de proteínas y minerales es aceptable. El consumo de estos productos debe ser ocasional debido a que se ha relaciona con la presencia de sobrepeso y obesidad infantil.

Objetivos

Entre los objetivos que se plantean en este trabajo son: Estudiar el consumo de golosinas y confites, averiguar el momento y el lugar donde son ingeridos y valorar si los medios de comunicación influyen en la toma de dichos producto.

Material y métodos

Se ha realizado un estudio observacional descriptivo transversal. También una revisión bibliográfica previa en la que se incluyeron 5 estudios obtenidos de diferentes bases de datos electrónicas y libros. Con un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se incluyeron niños y niñas de 5º y 6º de primaria (10-11 años) procedentes de una población rural. Como criterios de exclusión los niños que hayan repetido curso. Se ha pasado un cuestionario de 17 preguntas de elaboración propia con respuesta múltiple, afirmativa o negativa. Para la realización de este trabajo se utilizaron 5 de las preguntas. El análisis estadístico: SPSS.15 y la realización de los gráficos con Microsoft Office Excel 2007.

Resultados

Se obtuvo una muestra de 75 participantes (niños 46,3 % y niñas 53,7 %), 7 de ellos fueron excluidos. La edad de los participantes fue 50,09 % 10 años y 40,94 % 11 años. El consumo de confites es del 22 % mientras que el 78 % no los ingiere. En el caso de los confites es del 34 % frente al 66 % que no los consume. La influencia de publicidad en el consumo de estos productos es del 29 %. En lo que se refiere a la composición de la merienda las galletas ocupan la primera posición con un 23,5 %, en cambios las golosinas y confites ocupan las últimas posiciones con mínimos porcentajes. El 44,10 %

ISBN: 978-84-949197-6-3

de los encuestados los consume por la tarde, es un porcentaje elevado, dado a que estos deben ser consumidos de manera ocasional. Sólo un 1,5 % consume golosinas en el recreo y en la merienda, no es un dato representativo dado que la mayoría toma otros alimentos.

Conclusión

Como conclusiones podemos destacar que: las golosinas son consumidas en mayor porcentaje que los confites, que sólo un 1,5% consumen estos productos en el recreo y en la merienda, casi la mitad de los encuestados los consumen por la tarde, que la publicidad no incide a comprar los productos anunciados en la televisión y el consumo reportado en nuestro estudio es inferior al otros artículos relacionados con la ingesta de estos productos

Cabe destacar que a pesar de la existencia de una mayor concienciación sobre la adopción de una dieta saludable por parte de los niños, sigue siendo necesaria la implementación de medidas con el objetivo de cambiar hábitos alimenticios para evitar sobrepeso y obesidad y su morbilidad asociada.

Bibliografía:

1. Guerra Hernández EJ. Azúcares, miel y productos de confitería. En Ruiz MD. Tratado de Nutrición; Composición y Calidad Nutritiva de los alimentos. 2ª Edición. Madrid: Panamericana; 2010. 221-247.
2. Ministerio de Relaciones con las Cortes y de la Secretaria General del Gobierno. Reglamentación técnico-sanitaria para la elaboración, circulación y comercialización de caramelos, chicles, confites y golosinas [sede web]. Madrid: BOE; 1991. [26 de febrero de 2010; acceso 4 de enero de 2015]. Disponible en http://www.boe.es/boe/dias/2011/03/25/pdfs/BOE-A-2011-5394.pdf
3. Muñoz Calvo MT, Hidalgo Vicario MI. Obesidad en la infancia y en la adolescencia. Pediatr Integral 2011: Vol 15(6): 567-579.

Capítulo 72

Contra la vacunofobia

Amores Lizcano, Ester

Ruiz Peinado, Luis Miguel

Casero Peinado, Nuria Ester

"CONTRA LA VACUNOFOBIA".

UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

AMORES LIZCANO, E.[1]; RUIZ PEINADO, LM.[2]; CASERO PEINADO, NE.[3]
1. EIR ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE 1er AÑO
2. EIR ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE 2º AÑO
3. EIR ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE 2º AÑO

INTRODUCCIÓN

- Los motivos por los que los padres deciden no vacunar son muy variados.
- Estos motivos dependen de la cultura, experiencias personales, presencia o ausencia de determinadas enfermedades, de la presencia o ausencia de "vacunofóbicos" a nuestro alrededor, o del nivel de estudios.
- Se suele dar entre padres diplomados o universitarios, con alta capacidad crítica.

OBJETIVOS

- Citar los principales motivos por los que las personas se suelen declarar "vacunofóbicos".
- Aportar los argumentos necesarios para apoyar la vacunación.
- Defender la prevención y erradicación de enfermedades prevenibles en nuestra sociedad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sobre cuáles son los principales argumentos a los cuales se aferran los denominados "vacunofóbicos" en su lucha por la no vacunación de sus hijos. La revisión bibliográfica se ha fundamentado en bases de datos tales como Cochrane, Medline o Cuiden así como en la página oficial de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y siguiendo las recomendaciones más actualizadas de la SEMERGEN.

RESULTADOS

ARGUMENTO	CONTRAARGUMENTO
LAS VACUNAS LLEVA MERCURIO	Falso. Solo hay que mirar la ficha técnica de la vacuna.
LAS VACUNAS CAUSAN AUTISMO	Falso. Debemos este bulo a un cirujano británico (Wakefield) guiado por intereses económicos. Sí, hay más casos de autismo en la actualidad. Pero no se pueden relacionar con la vacunación. Los métodos diagnósticos son mayores y esto facilita la detección de los mismos.
LAS VACUNAS LLEVAN ALUMINIO	Sí, pero como coadyuvante imprescindible para la adecuada conservación de las vacunas, impidiendo que se degraden. La concentración de Aluminio es menor que la que puede contener un vaso de leche.
LAS VACUNAS NO APORTAN NINGÚN BENEFICIO	Falso. Nos aportan el enorme beneficio de la erradicación de enfermedades prevenibles.
LAS VACUNAS SUPONEN UNA ALTERACIÓN DEL SISTEMA INMUNE DEL NIÑO	Falso. Potencia el inmaduro sistema inmune del niño para conseguir fortalecerlo frente a microorganismos altamente patógenos.
LAS VACUNAS LLEVAN CONSERVANTES Y ESTABILIZANTES	Cierto. Pero con el único fin de aumentar la seguridad de estos fármacos. Ocurre igual con los alimentos que tomamos diariamente.
LAS VACUNAS PUEDEN PRODUCIR REACCIONES ALÉRGICAS GRAVES	Con una probabilidad de 1 entre 1 millón y con la posibilidad de un abordaje precoz. Solo hay que pensar en la relación riesgo beneficio.
LAS VACUNAS PUEDEN PRODUCIR OTRAS ENFERMEDADES	No hay estudios que demuestren esto hecho. Solo puede establecerse relación con una posible anafilaxia.
LAS VACUNAS SON UN NEGOCIO	Quizá lo sea, pero un negocio que salva vidas, y aquel que se dedica a salvar vidas, merece cobrar por ello. Si tenemos un sistema púbico de salud que financia la mayoría de vacunas, aprovechémoslo mientras dure.
LAS VACUNAS SON OBLIGATORIAS	Falso. Solamente en caso de epidemias, de forma temporal y siempre bajo orden judicial.
LAS VACUNAS HACEN DAÑO Y PRODUCEN FIEBRE	Efectivamente. Son efectos secundarios, pero valoremos estos efectos con respecto a la sintomatología que pueden causar enfermedades como la hepatitis B, la poliomelitis, la difteria o el tétanos.
MOTIVOS RELIGIOSOS	Los sanitarios no jugamos a ser dioses si no a salvar vidas, cuidar y curar.
AÚN ES MUY PEQUEÑO, LE PONDRÉ LAS VACUNAS CUANDO CREZCA	Quizá entonces sea tarde. Tratamos de actuar precozmente para fortalecer su inmaduro sistema inmune.
TOMA LACTANCIA MATERNA, ESTÁ PROTEGIDO	¿Qué ocurre entonces con los países tercermundistas donde solo se alimenta a los niños de leche materna? ¿Estarían, pues, protegidos definitivamente?
NO PASA NADA POR NO VACUNAR. ESTÁ PROTEGIDO POR LA INMUNIDAD DE GRUPO	Falso. Vivimos en un mundo globalizado. Si dos personas coinciden y no están vacunadas, la inmunidad de grupo no funciona.
TOMA HOMEOPATÍA Y UNA DIETA ESPECIAL. ESTÁ PROTEGIDO	De igual manera que la lactancia materna no es suficiente, tampoco lo es una dieta especial. Su sistema inmune sigue precisando ayuda.
CUANDO ENFERME YA LE PONDREMOS TRATAMIENTO	La mayoría de las enfermedades prevenibles con la vacunación, o se pasan y no se complican, o se pasan, se complican y no existe tratamiento curativo frente a ellas, tan solo un incierto tratamiento paliativo.

CONCLUSIONES

- **Actualmente la vacunación es la única forma que tenemos de poder erradicar enfermedades que pueden resultar mortales.**
- **La mejor edad para la vacunación son los primeros meses y años de vida, pues es aquí cuando el sistema inmune es más inmaduro y requiere mayor ayuda para combatir.**
- **En un mundo globalizado como en el que ahora vivimos, el que una persona decida no vacunarse, pone en riesgo al resto puesto que se rompe la inmunidad de grupo.**
- **Ni la homeopatía, ni la lactancia materna, ni las dietas especiales pueden asegurar que un niño se proteja firmemente contra posibles enfermedades contagiosas.**
- **Es nuestro deber como sanitarios ofrecer los argumentos necesarios para alcanzar la mayor cobertura vacunal.**

Resumen: *Los motivos por los que los padres deciden no vacunar actualmente son muy variados. Dependen de la cultura, experiencias personales, presencia o ausencia de determinadas enfermedades, de encontrar "vacunofóbicos" a nuestro alrededor, o del nivel de estudios. Lo que está claro, es que se suele dar entre padres diplomados o universitarios, con alta capacidad crítica.*

Con la presente revisión bibliográfica, nos proponemos citar los principales motivos por los que las personas se suelen declarar "vacunofóbicas" así como aportar los argumentos necesarios para apoyar la vacunación abogando por la prevención y erradicación de enfermedades prevenibles en nuestra sociedad.

Palabras Clave: *Vacuna; profilaxis; inmunidad.*

Introducción

Los motivos actuales por los que los padres deciden no vacunar a sus hijos son muy variados. Influyen las creencias sobre las composiciones nocivas de las vacunas o de la posibilidad de estas de ser el origen de enfermedades graves e incurables. Los motivos religiosos, la poca fe en los profesionales sanitarios, las extendidas técnicas naturalistas y homeopáticas... han ido contribuyendo a que se cree un círculo de detractores alrededor de las mismas.

Objetivos

En esta revisión bibliográfica nos disponemos a analizar los mismos y ofrecer los argumentos necesarios para apoyar la vacunación, dotándola de la importancia que esta realmente tiene, pues se considera la mejor manera para erradicar enfermedades que, actualmente están volviendo a resurgir.

Material y métodos

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sobre cuáles son los principales argumentos a los cuales se aferran los denominados vacunofóbicos en su lucha por la no vacunación de sus hijos. La revisión bibliográfica se ha fundamentado en bases de datos tales como Cochrane, Medline o Cuiden así como en la página oficial de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y siguiendo las recomendaciones más actualizadas de la Semergen.

Resultados

Conviene conocer cuáles son los principales argumentos de todas aquellas personas que se declaran enemigas de las vacunas para así establecer los contraargumentos oportunos:

"Las vacunas llevan mercurio": Falso. Solo hay que mirar la ficha técnica de la vacuna.

"Las vacunas causan autismo": Falso. Debemos este bulo a un cirujano británico (Wakefield) guiado por intereses económicos. Sí, hay más casos de autismo en la actualidad. Pero no se pueden relacionar con la vacunación. Los métodos diagnósticos son mayores y esto facilita la detección de los mismos.

ISBN: 978-84-949197-6-3

"Las vacunas llevan aluminio": Sí, pero como coadyuvante imprescindible para la adecuada conservación de las vacunas, impidiendo que se degraden. La concentración de Aluminio es menor que la que puede contener un vaso de leche.

"Las vacunas no aportan ningún beneficio": Falso. Nos aportan el enorme beneficio de la erradicación de enfermedades prevenibles.

"Las vacunas suponen una alteración del sistema inmune del niño": Falso. Potencia el inmaduro sistema inmune del niño para conseguir fortalecerlo frente a microorganismos altamente patógenos.

"Las vacunas llevan conservantes y estabilizantes": Cierto. Pero con el único fin de aumentar la seguridad de estos fármacos. Ocurre igual con los alimentos que tomamos diariamente.

"Las vacunas pueden producir reacciones alérgicas graves": Con una probabilidad de 1 entre 1 millón y con la posibilidad de un abordaje precoz. Solo hay que pensar en la relación riesgo beneficio.

"Las vacunas pueden producir otras enfermedades": No hay estudios que demuestren este hecho. Solo puede establecerse relación con una posible anafilaxia.

"Las vacunas son un negocio": Quizá lo sea, pero un negocio que salva vidas, y aquel que se dedica a salvar vidas, merece cobrar por ello. Si tenemos un sistema público de salud que financia la mayoría de vacunas, aprovechémoslo mientras dure.

"Las vacunas son obligatorias": Falso. Solamente en caso de epidemias, de forma temporal y siempre bajo orden judicial.

"Las vacunas hacen daño y producen fiebre": Efectivamente. Son efectos secundarios, pero valoremos estos efectos con respecto a la sintomatología que pueden causar enfermedades como la hepatitis B, la poliomelitis, la difteria o el tétanos.

"Motivos religiosos": Los sanitarios no jugamos a ser dioses si no a salvar vidas, cuidar y curar.

"Aún es muy pequeño, le pondré las vacunas cuando crezca": Quizá entonces sea tarde. Tratamos de actuar precozmente para fortalecer su inmaduro sistema inmune.

"Toma lactancia materna, está protegido": ¿Qué ocurre entonces con los países tercermundistas donde solo se alimenta a los niños de leche materna? ¿Estarían, pues, protegidos definitivamente?

"No pasa nada por no vacunar. Está protegido por la inmunidad de grupo": Falso. Vivimos en un mundo globalizado. Si dos personas coinciden y no están vacunadas, la inmunidad de grupo no funciona.

"Toma homeopatía y una dieta especial. Está protegido": De igual manera que la lactancia materna no es suficiente, tampoco lo es una dieta especial. Su sistema inmune sigue precisando ayuda.

"Cuando enferme ya le pondremos tratamiento": La mayoría de las enfermedades prevenibles con la vacunación, o se pasan y no se complican, o se pasan, se complican y no existe tratamiento curativo frente a ellas, tan solo un incierto tratamiento paliativo.

Conclusiones

Podemos terminar diciendo por tanto, que actualmente la vacunación es la única forma que tenemos de poder erradicar enfermedades que pueden resultar mortales.

La mejor edad para la vacunación son los primeros meses y años de vida, pues es aquí cuando el sistema inmune es más inmaduro y requiere mayor ayuda para combatir. En un mundo globalizado como en el que ahora vivimos, el que una persona decida no vacunarse, pone en riesgo al resto puesto que se rompe la inmunidad de grupo. Ni la homeopatía, ni la lactancia materna, ni las dietas especiales pueden asegurar que un niño se proteja firmemente contra posibles enfermedades contagiosas.

Es nuestro deber como sanitarios ofrecer los argumentos necesarios para alcanzar la mayor cobertura vacunal.

Bibliografía:

1. Piñeiro Pérez, R. ¿Eres vacunofóbico? Dime, te escucho. 2ª Ed. Madrid: Undergraf; 2018.
2. Redondo Margüello E, Azcárate Bang MC, Cano Espín A, Díaz-Maroto Muñoz JL, Fernández Prada M et al. Vacunación en adultos y adolescentes. Recomendaciones Semergen. 1ª Ed. Madrid: Medical and Marketing Communications; 2018.
3. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. AEMPS. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/.
4. MSD. Proyecto Inmuniza. Disponible en: https://www.msd.es.

Capítulo 73

Contribución de la enfermería en la preservacion de fertilidad de la mujer en tratamiento oncológico

Soriano Ramos, Irene

Castillo Carrión, Paula

Soriano Ramos, Marta

Ballesteros Muñoz, Miriam

Contribución de la enfermería en la preservación de fertilidad de la mujer en tratamiento oncológico

INTRODUCCIÓN:

La tasa de **fertilidad** en mujeres que han sido tratadas por cáncer es menor que el resto de la población, por lo tanto la preservación de la fertilidad es la aplicación de procedimientos médicos, quirúrgicos, de laboratorio y **enfermería** para la conservación de la fertilidad en mujeres que estén en situación de riesgo antes del fin natural de su vida reproductiva.
El papel de la enfermería en la **preservación de fertilidad** lleva a cabo una importante labor dentro del equipo multidisciplinar para realizar un acompañamiento a la paciente durante todas las etapas del tratamiento y permitir en el futuro la oportunidad de ser madre con óvulo propio

OBJETIVO:

Con esta **revisión bibliográfica** se pretende analizar la importancia de las diferentes actividades de enfermería en la preservación de fertilidad en una paciente que va a ser sometida a un tratamiento oncológico.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos científicas: Scielo, PubMed, Cochrane plus y la sociedad española de fertilidad (SEF) usando las palabras clave: fertilidad, punción ovárica, estimulación ovárica, cáncer, oncología, enfermería etc, mediante consulta en el DeCS. Las variables utilizadas fueron el tema, número de publicaciones, desde 2010 hasta 2018, autores, revistas y nacionalidad e internacionalidad, con un total de 17 artículos seleccionados. Además se han revisado protocolos llevados a cabo por la Sociedad Española de Fertilidad y hospitales españoles.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

ARTÍCULOS SELECIONADOS:	17
REVISIONES SISTEMÁTICAS	4
ESTUDIOS DESCRIPTIVOS	3
ESTUDIOS PROSPECTIVOS	4
PROTOCOLOS	1
ENSAYOS ALEATORIOS	5

1. La posibilidad de preservación de la fertilidad en mujeres oncológicas dentro de la población general facilitará un mayor desarrollo y formación a los profesionales sanitarios sobre este tema.
2. Enfermería es la puerta de entrada en las unidades de Reproducción Asistida y el punto de referencia para las pacientes diagnosticadas con cáncer y con deseos de preservación de la fertilidad.
3. Las técnicas de preservación de la fertilidad tienen el objetivo de mantener las expectativas del deseo gestacional de estas mujeres y de aumentar su calidad de vida desde el punto de vista emocional una vez superado el proceso oncológico.

Por lo tanto, se ha conseguido mejorar la calidad asistencial y el grado de satisfacción del usuario gracias al servicio de enfermería, y se ha conseguido colaborar en el objeto diana de pacientes y especialistas , al tiempo que se ha hecho un uso más razonable de los recursos . Por todo ello, se recomienda el papel de la enfermería en el viaje de la preservación de fertilidad antes de ser sometida al tratamiento oncológico.







BIBLIOGRAFÍA:

- Rosazza, Percy; Hernández, Juan y Urtega, Walter. Preservación de la fertilidad en estadios iniciales de cáncer de cuello uterino. *Rev. peru. ginecol. obstet*. 2014, vol.60, n.1, pp.65-70. ISSN 2304-5132.
- K.A. Rodriguez-Wallberg, K. Oktay. Fertility preservation during cancer treatment: Clinical guidelines. Cancer Manag Res, 6 (2014), pp. 105-117. MEDLINE
- Donnez J, Dolmans MM. Fertility preservation in women. Nat Rev Endocrinol. 2013 Dec;9(12):735-49. PUBMED
- Hayes I. Ovarian Tissue Cryopreservation for Preservation of Fertili-ty in Adult Women Undergoing Gonadotoxic Cancer Treatment. Lans-dale: HAYES, Inc Healthcare Technology Brief Publication. 2016.
- Smardova L, Huser M, Michalka J, Zakova J, Kral Z, Crha I, Janikova A, Krizova L, Mayer J and Ventruba P. Combination of fertility pre-
- Criopreservación de ovocitos y tejido ovárico para preservar la fertilidad en pacientes oncológicas. Preservation strategies in young women with recently diagnosed hodgkin lymphoma. Haematologica. 2013;98:61-6
- Méndez Bellocq V, Martínez Segura MJ, Mera Reguera N, Rodríguez García M, Rodríguez Bacallado CN, Moreno Ochoa L, Fernández Martos Bernardo Fco, del Pino Ortega C, Antonell Riu P. Fertilidad y Reproducción. Guía de cudiados de enfermería. 2a ed. Sociedad Española de Fertilidad; 2015-2016

Resumen: *La tasa de fertilidad en mujeres que han sido tratadas por cáncer es menor que el resto de la población, por lo tanto la preservación de la fertilidad es la aplicación de procedimientos médicos, quirúrgicos, de laboratorio y enfermería para la conservación de la fertilidad en mujeres que estén en situación de riesgo antes del fin natural de su vida reproductiva.*

El papel de la enfermería en la preservación de fertilidad lleva a cabo una importante labor dentro del equipo multidisciplinar para realizar un acompañamiento a la paciente durante todas las etapas del tratamiento.

Palabras Clave: *Fertilidad; vitrificación; ovocitos.*

Objetivos

Con esta revisión bibliográfica se pretende analizar la importancia de las diferentes actividades de enfermería en la preservación de fertilidad en una paciente que va a ser sometida a un tratamiento oncológico.

La posibilidad de preservación de la fertilidad en mujeres oncológicas dentro de la población general facilitará un mayor desarrollo y formación a los profesionales sanitarios sobre este tema.

Enfermería es la puerta de entrada en las unidades de Reproducción Asistida y el punto de referencia para las pacientes diagnosticadas con cáncer y con deseos de preservación de la fertilidad.

Las técnicas de preservación de la fertilidad tienen el objetivo de mantener las expectativas del deseo gestacional de estas mujeres y de aumentar su calidad de vida desde el punto de vista emocional una vez superado el proceso oncológico.

Material y métodos

Debido al gran efecto emocional que causa el diagnóstico de cáncer y la necesidad de su inmediato tratamiento, los potenciales efectos gonadotóxicos del cáncer o de este tratamiento no son normalmente discutidos a la hora del diagnóstico. Se han establecido algunas técnicas de preservación de fertilidad como la vitrificación de ovocitos y otros como vitrificación de corteza ovárica. Combinando todos los conocimientos que ahora tenemos sobre vitrificación de ovocitos y corteza ovárica con la estimulación hormonal del ovario incluso en la fase lútea y la efectividad del proceso de la reproducción asistida, podemos afirmar que es posible preservar vidas reproductivas de pacientes con cáncer.

La vitrificación de ovocitos comienza con la estimulación de todos los folículos presentes en el ovario mediante medicaciones hormonales.

Durante el ciclo menstrual espontáneo inician su desarrollo muchos folículos dentro de cada ovario, pero cuando uno de ellos alcanza un tamaño un poco mayor se produce una inhibición del crecimiento de los demás; con el tratamiento se intenta que se desarrollen hasta la madurez completa varios folículos en el mismo ciclo.

Tras el periodo de estimulación ovárica confirmamos a través de una analítica de sangre para determinar los niveles de estradiol, que es la hormona que producen los folículos en crecimiento y una ecografía vaginal para observar cuantos folículos se están desarrollando en los ovarios y que tamaño tienen.

ISBN: 978-84-949197-6-3

En función de estas pruebas se adecúa la dosis de la medicación y se indica el siguiente control 1 ó 2 días después. Cuando los folículos han alcanzado un tamaño igual o superior a 18 mm. de diámetro y los niveles de estradiol son adecuados se indica la inyección de HCG. Esta hormona provoca la maduración ovocitaria y la ovulación, para posteriormente someterse a la punción ovárica, es decir, la extracción mediante la aspiración de los ovocitos que se encuentran en el interior de los folículos, obteniendo ovocitos maduros para su posterior vitrificación.

Conclusiones

La enfermería forma parte de este gran equipo multidisciplinar para llevar a cabo la vitrificación de ovocitos, colaborando en:

La asistencia: Atención sanitaria basada en el paciente, y participación en el proceso teniendo en cuenta sus necesidades, dando un trato personalizado a la situación oncológica de la paciente, empatizando con ella y apoyándola psicológicamente.

Docencia: Explicación de tratamiento y pasos a seguir en la estimulación ovárica para conseguir el mayor número de ovocitos maduros para su criopreservación, para su utilización en un futuro.

Enfermería en el quirófano: Preparación de la paciente y material quirúrgico para la realización de la punción ovárica por parte del servicio de ginecología; cuidados postquirúrgicos, control de constantes, sangrado, dolor…

Por lo tanto, se ha conseguido mejorar la calidad asistencial y el grado de satisfacción del usuario gracias al servicio de enfermería, y se ha conseguido colaborar en el objeto diana de pacientes y especialistas , al tiempo que se ha hecho un uso más razonable de los recursos . Por todo ello, se recomienda el papel de la enfermería en el viaje de la preservación de fertilidad antes de ser sometida al tratamiento oncológico.

Bibliografía

1. Rosazza, Percy; Hernández, Juan y Urtega, Walter. Preservación de la fertilidad en estadios iniciales de cáncer de cuello uterino. Rev. peru. ginecol. obstet. 2014, vol.60, n.1, pp.65-70. ISSN 2304-5132.
2. Criopreservación de ovocitos y tejido ovárico para preservar la fertilidad en pacientes oncológicas. Preservation strategies in young women with recently diagnosed hodgkin lymphoma. Haematologica. 2013;98:61-6.
3. Méndez Bellocq V, Martínez Segura MJ, Mera Reguera N, Rodríguez García M, Rodríguez Bacallado CN, Moreno Ochoa L, Fernández Martos Bernardo Fco, del Pino Ortega C, Antonell Riu P. Fertilidad y Reproducción. Guía de cudiados de enfermería. 2a ed. Sociedad Española de Fertilidad; 2015-2016.
4. Hayes I. Ovarian Tissue Cryopreservation for Preservation of Fertili-ty in Adult Women Undergoing Gonadotoxic Cancer Treatment. Lans-dale: HAYES, Inc Healthcare Technology Brief Publication. 2016.

Capítulo 74

Control y manejo farmacológico de la émesis en pacientes onco-hematológicos. Una prioridad

Arroyo Ayllón, David

Granados Navas, Mª Paz

López-Mota García-Muñoz, Mª Ascensión

León Guerrero, Israel José

Moreno-Chocano López-Astilleros, Teresa

Velasco Friginal, Florencia

CONTROL Y MANEJO FARMACOLOGICO DE LA EMESIS EN PACIENTES ONCO- HEMATOLOGICOS: UNA PRIORIDAD

SERVICIO DE FARMACIA HGUCR (UNIDAD ONCOLOGIA- CITOSTATICOS)

INTRODUCCIÓN

Las náuseas(N) y vómitos (V) provocados por el tratamiento quimioterápico (QT) son 2 de los efectos secundarios que preocupan y mas 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.
Las nauseas hacen referencia a una sensación desagradable en la parte posterior de la garganta y en el estomago que pueden ocasionar vómitos. Los vómitos son contracciones fuertes de los músculos del estomago que hacen que el contenido del estomago ascienda y salga por la boca.

Podemos distinguir varios tipos de emesis por QT:

- Emesis aguda: aparece dentro de las 24 h tras administrar QT
- Emesis retardada: aparece a partir de las 24 h hasta 5 días después.
- Emesis irruptiva: aparece a partir del 5º día
- Emesis anticipatoria: respuesta condicionada en pacientes que han sufrido nauseas y vómitos relevantes inducidos por QT en ciclos previos.

El riesgo de desarrollar nauseas y vómitos tras QT dependen de varios factores como son la edad, el sexo, tipo y dosis de la quimioterapia administrada, numero de ciclos, pero de los factores predictivos conocidos es el POTENCIAL EMATOGENO DEL CITOSTATICO el que debería considerarse a la hora de instaurar tratamiento antiemético.

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.

OBJETIVOS

El objetivo del estudio fue cuantificar y evaluar el control de la emesis, así como el conocimiento y uso de fármacos antieméticos de los pacientes tratados con quimioterapia en el Hospital de Día Oncohematologico del Hospital General Universitario de Ciudad Real.

MATERIAL Y METODOS

Estudio observacional y transversal realizado durante la primera semana de febrero de 2019 en el que se incluyeron pacientes que acudieron al Hospital de Día Onco-hematológico (HDOH); se excluyeron aquellos que recibían QT por primera vez.

Se diseñó una encuesta basada en Patient-reported outcomes of the Common Terminology Criteria for Adverse Events (PRO-CTCAE) para determinar y cuantificar la aparición de nauseas y vómitos (N/V) en el ciclo anterior.
Además, se recogió la toma de profilaxis antiemética y la utilización de medicación de rescate.



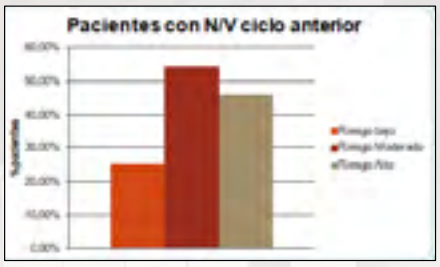
Los pacientes fueron divididos en tres grupos según el riesgo emético (bajo, moderado y alto) de la QT administrada, siguiendo criterios de clasificación de las guías de National Comprehensive Cancer Network (NCCN).

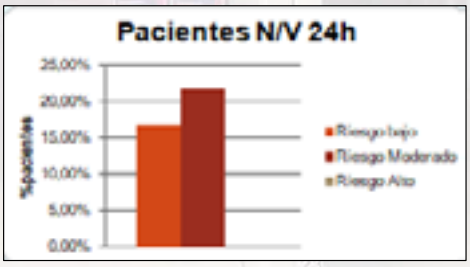
Las variables fueron: edad, sexo y aparición e intensidad de N/V en diferentes momentos: N/V ciclo anterior, N/V agudos, N/V retardados, N/V irruptivos, N/V anticipatorios.

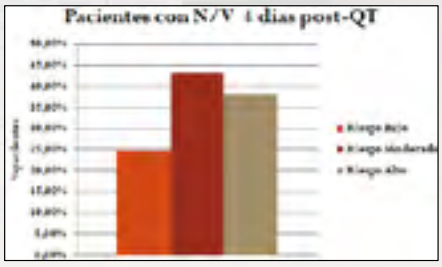
También se preguntó por la profilaxis antiemética en los 2 días post-QT y en los sucesivos.

RESULTADOS

Se incluyeron en el análisis 62 pacientes con una media de edad de 63 años (rango: 36-82), de los cuales 33 eran mujeres (53,23%). Estos fueron agrupados en riesgo bajo: 12 pacientes (19,35%), moderado: 37 (59,68%), alto: 13 (20,97%). En cuanto a N/V ciclo anterior las padecieron un: 25% en bajo, 54,05% moderado y 46,15% alto. Las N/V agudos se presentaron: 16,67% en bajo, 21,62% moderado y 0% alto. Con respecto a N/V retardados aparecieron: 25% en bajo, 43,24% moderado y 38,46% alto; además, los pacientes que NO tomaron la medicación para N/V en los 2 dias post-QT fueron: 91,67% en bajo, 75,68% moderado y 61,54% alto. Las N/V irruptivos ocurrieron: 8,33% en bajo, 27,03% moderado y 53,84% alto. Finalmente las N/V anticipatorios tuvieron lugar: 8,33% en bajo, 2,70% moderado y 7,69% alto.

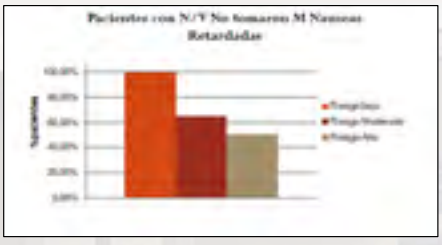












CONCLUSIONES

Las N/V agudos estaban más controlados que los retardados; esto es debido a la profilaxis antiemética intravenosa administrada en el HDOH y que no depende de una toma activa del paciente. Un elevado porcentaje poseían un mal control de N/V retardados y tenían N/V irruptivos, ya que la mayoría no tomaba profilaxis antiemética los 2 días post-QT a pesar de estar recomendado en todos los que reciben QT de moderado y alto riesgo emetógeno.
Por todo esto se está llevando a cabo la implementación de un PROTOCOLO DE PROFILAXIS ANTIEMÉTICA, desarrollado conjuntamente con el Servicio de Oncología Médica, con el objetivo de proveer al paciente de la medicación antiemética y de la información adecuada con el fin de favorecer la adherencia a las pautas profilácticas recomendadas y mejorar el control emético en domicilio.

Resumen: *Los vómitos y las náuseas a causa de los tratamientos con quimioterapia son dos de los efectos secundarios que provocan malestar en los pacientes con cáncer, dependiendo principalmente del potencial emetógeno del citostatico y del propio paciente. Se estima que entre un 70- 80 % de los enfermos que reciben tratamiento quimioterapico tienen estos síntomas, teniendo una gran repercusión en la calidad de vida, incluso teniendo que llegar a suspender o retrasar tratamientos debido a la deshidratación y desequilibrios hidroelectrolíticos.*

Pare ello existen protocolos de profilaxis antiemética que se debería de implantar en todas las unidades oncológicas previo estudio de población.

Palabras Clave: *Emesis; naúsea; citostático.*

Introducción

Las náuseas(N) y vómitos (V) provocados por el tratamiento quimioterápico (QT) son dos de los efectos secundarios que preocupan y mas 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 nauseas y vómitos se presentan asociadas. Las nauseas hacen referencia a una sensación desagradable en la parte posterior de la garganta y en el estomago que pueden ocasionar vómitos. Los vómitos son contracciones fuertes de los músculos del estomago que hacen que el contenido del estomago ascienda y salga por la boca.

Podemos distinguir varios tipos de emesis por QT:

- Emesis aguda: Aparece dentro de las 24 h tras administrar QT.
- Emesis retardada: Aparece a partir de las 24 h hasta 5 días después.
- Emesis irruptiva: Aparece a partir del 5º día.
- Emesis anticipatoria: Respuesta condicionada en pacientes que han sufrido nauseas y vómitos relevantes inducidos por QT en ciclos previos.

El riesgo de desarrollar nauseas y vómitos tras QT dependen de varios factores como son la edad, el sexo, tipo y dosis de la quimioterapia administrada, numero de ciclos, pero de los factores predictivos conocidos es el potencial ematógeno del citostático el que debería considerarse a la hora de instaurar tratamiento antiemético.

Atendiendo al potencial emetógeno del citostatico existen cuatro grupos de riesgo:

1. Riesgo emetógeno alto: La frecuencia de emésis entre los pacientes es superior al 90 %.
2. Riesgo emetógeno moderado: La frecuencia de emésis se sitúa entre 30 % y 90 %.
3. Riesgo emetógeno bajo: La frecuencia de emésis se encuentra entre el 10 y el 30 %.
4. Riesgo emetógeno mínimo: Con una frecuencia de emésis inferior al 10 %.

ISBN: 978-84-949197-6-3

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.

Objetivos

El objetivo del estudio fue cuantificar y evaluar el control de la emesis, así como el conocimiento y uso de fármacos antieméticos de los pacientes tratados con quimioterapia en el Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Material y métodos

Estudio observacional y transversal realizado durante la primera semana de febrero de 2019 en el que se incluyeron pacientes que acudieron al Hospital de Día Onco-hematológico (HDOH); se excluyeron aquellos que recibían QT por primera vez.

Se diseñó una encuesta basada en Patient-reported outcomes of the Common Terminology Criteria for Adverse Events (PRO-CTCAE) para determinar y cuantificar la aparición de nauseas y vómitos (N/V) en el ciclo anterior.

Además, se recogió la toma de profilaxis antiemética y la utilización de medicación de rescate.

Según la bibliografía, podemos hacernos una idea de los resultados que obtendremos, y de los tratamientos que se pueden llevar a cabo.

Sabemos que las náuseas y vómitos agudos suelen estar más controlados que los retardados, o que un gran porcentaje de estos síntomas retardados no tomaron medicación posquimioterapia.

Los pacientes fueron divididos en tres grupos según el riesgo emético (bajo, moderado y alto) de la quimioterapia administrada, siguiendo criterios de clasificación de las guías de National Comprehensive Cancer Network (NCCN).

Las variables fueron: edad, sexo y aparición e intensidad de N/V en diferentes momentos: N/V ciclo anterior, N/V agudos, N/V retardados, N/V irruptivos, N/V anticipatorios.

También se preguntó por la profilaxis antiemética en los 2 días post-QT y en los sucesivos.

Resultados

Se incluyeron en el análisis 62 pacientes con una media de edad de 63 años (rango: 36-82), de los cuales 33 eran mujeres (53,23 %). Estos fueron agrupados en riesgo bajo: 12 pacientes (19,35 %), moderado: 37 (59,68 %), alto: 13 (20,97 %). En cuanto a N/V ciclo anterior las padecieron un: 25 % en bajo, 54,05 % moderado y 46,15 % alto. Las N/V agudos se presentaron: 16,67 % en bajo, 21,62 % moderado y 0 % alto. Con respecto a N/V retardados aparecieron: 25 % en bajo, 43,24 % moderado y 38,46 % alto; además, los pacientes que NO tomaron la medicación para N/V en los 2 dias post-QT fueron: 91,67 % en bajo, 75,68 % moderado y 61,54 % alto. Las N/V irruptivos ocurrieron: 8,33 % en bajo, 27,03 % moderado y 53,84 % alto. Finalmente las N/V anticipatorios tuvieron lugar: 8,33 % en bajo, 2,70 % moderado y 7,69 % alto.

Conclusiones

Las N/V agudos estaban más controlados que los retardados; esto es debido a la profilaxis antiemética intravenosa administrada en el HDOH y que no depende de una toma activa del paciente. Un elevado porcentaje poseían un mal control de N/V retardados y tenían N/V irruptivos, ya que la

mayoría no tomaba profilaxis antiemética los 2 días post-QT a pesar de estar recomendado en todos los que reciben QT de moderado y alto riesgo emetógeno.

Por todo esto se está llevando a cabo la implementación de un PROTOCOLO DE PROFILAXIS ANTI-EMÉTICA, desarrollado conjuntamente con el Servicio de Oncología Médica, con el objetivo de proveer al paciente de la medicación antiemética y de la información adecuada con el fin de favorecer la adherencia a las pautas profilácticas recomendadas y mejorar el control emético en domicilio.

Bibliografía

1. Epidemiología: Farm Hosp. 2010;34(3):125–38.
2. M.J. Huertas-Fernandeza, M.J.Martınez-Bautistaa IS-M, J.M.Baena-Canadac MZ-R. Análisis de la efectividad de un protocolo de antiemesis implantado en la Unidad de Oncologıa. 2010;34(3):125–38.
3. JordanK, KasperC S-J. Chemotherapy- induced nausea and vomiting: current and new standard sin the antiemetic prophylaxis and treatment. European Journal of Cancer. 2005;41:199–205.
4. Antiemetic Subcommittee of the Multinational Association of Supportive Carein Cancer(MASCC) Consensus Conferenceon Antiemetic The- rapy. Antiemeticguidelines. 2008.
5. Vera R, Martínez M, Salgado E, Lainez N IJ, AlbısturJJ. Tratamiento de la emesis inducida por quimioterapia. SistSanitNavar. 2004;27:117–23.

Capítulo 75

Cuidados de enfermería en Atención Primaria a un paciente portador de un reservorio subcutáneo

González Rubio, Alicia
Sánchez Fernández, Rosa María
López Rodríguez, Rocío
Ruiz de Lara Marín, María Ángeles
Saez Cuesta, Teresa
Martín Sancho, Juncal

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN ATENCION PRIMARIA A PACIENTE PORTADOR DE UN RESERVORIO SUBCUTANEO

Introducción

Los reservorios subcutáneos han surgido como medio efectivo para el acceso venoso intermitente para las infusiones terapéuticas, extracciones venosas, medición de PVC.

Constan de un reservorio que se coloca a nivel subcutáneo y que se sujeta a un catéter de silástic colocado en una vena central .

Requieren un mantenimiento con lavados con suero fisiológico heparinizado cada 3 semanas según protocolo .

Caso clínico

Varón de 47 años diagnosticado de Ca de rectosigma estadioIV, recibe quimioterapia preoperatoria como tt° de neoadyuvancia. Se decide implante de reservorio en agosto 2017 y en octubre es intervenido quirúrgicamente. En diciembre precisa ser reintervenido por cuadro de dolor abdominal, fiebre, meteorismo e íleo paralítico debido al olvido de una compresa en cavidad abdominal. Se inicia tt° con quimioterapia en Febrero de 2017 y se decide mantener el reservorio dos años depués de terminar dicho tt°.

En marzo de 2018 acude a consulta de enfermería de atención primaria con el material para la realización del mantenimiento del reservorio por saturación del servicio de Hospital de Día de referencia.

Plan de cuidados enfermeros

Se realiza la valoración de enfermería del paciente según los patrones funcionales de M.Gordon y establecemos el PAE destacando los dominios y diagnósticos alterados más prioritarios :

DOMINIO 9: Afrontamiento / Tolerancia al estrés

Clase 1. Respuesta postraumática

00069 Afrontamiento Inefectivo r/c falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación m/p expresiones de incapacidad para afrontar la situación, solución inadecuada de los problemas.

NOC –Objetivos
906 Toma de decisiones
907 Elaboración de la información
1606 Participación : decisiones sobre asistencia sanitaria
1704 Creencias sobre la salud : amenaza percibidad
NIC – Intervenciones
5230 Aumentar el afrontamiento
5240 Asesoramiento
5250 Apoyo en la toma de decisiones

00148 Temor r/c falta familiaridad con la experiencia , desencadenantes innatos (neurotrasmisores) m/p aumento del pulso , frecuencia respiratoria, aumento de la transpiración.

NOC-Objetivos
1320Superación de problemas
1402 Control de la ansiedad E
1404 Control del miedo
NIC-Intervenciones
5230 Aumentar el afrontamiento
5270 Apoyo emocional
5380 Potenciación de la seguridad
5820 Disminución de la ansiedad

Clase 2. Respuestas de Afrontamiento

00146 Ansiedad r/c amenaza en el estado de salud, situación económica , funciones de rol m/p expresión de preocupaciones debidas a cambios en los acontecimientos vitales .

NOC –Objetivos
1300-Aceptación estado de salud
1302- Superación de problemas
1305-Adaptación psicosocial ; cambio de vida
1402-Control de la ansiedad
NIC-Intervenciones
4920-Escucha activa
5230-Aumentar el afrontamiento
5270-Apoyo emocional
5240-Asesoramiento
5880-Técnicas de relajación
5820-Disminución de la ansiedad



Conclusiones

Los pacientes portadores de reservorio pueden verse beneficiados de la realización de las técnicas de mantenimiento de dicho reservorio en el centro de salud , previa formación de los profesionales , disminuyendo tiempos de espera , desplazamientos prolongados al hospital , favoreciendo la calidez de la relación paciente –profesional sanitario.

Bibliografía

Enfermeria Global n°13 Junio 2008 Protocolo de uso y mantenimiento del reservorio venoso súbcutaneo .Cotilla Franco , JM .,Prieto Tinoco,J., Frigolet Maceras, P.

https//www.enfermeriadeciudadreal.com/manejo–del-reservorio-subcutaneo.Septiembre 2012 .

Revista CONAMED.Vol.13.Suplemento 1,2008.Diagnósticos de enfermería identificados en pacientes con cáncer. M.C.E Monica Gallegos –Alvarado.,M.C.E.Martha Lilia Parra –Dominguez

https://www.salusplay.com/blog/diagnosticos-enfermeros-nanda-2017Clasificación de diagnósticos enfermeros NANDA-I 2015-2017. Clasificación de resultados de Enfermeria NOC2013(5° edición)

Enfermeria Global n°45 .Enero 2017.Necesidad de cuidado de paciente con cáncer en tratamiento ambulatorio. Ayala de Calvo, Luz Esperanza., Sepulveda –Carrillo , Gloria Judith

Resumen: *Los reservorios subcutáneos han surgido como medio efectivo para el acceso venoso intermitente para las infusiones terapéuticas, extracciones venosas, medición de PVC...*

Debido al aumento de pacientes que llevan estos reservorios, sobre todo en pacientes con tratamientos largos, es muy importante conocer el funcionamiento, como ayudar en su mantenimiento desde Atención Primaria.

Por ello es tan importante la formación de los profesionales, como suministrar el material necesario.

Palabras Clave: *Enfermería; cuidados; primaria.*

Introducción

Los reservorios subcutáneos han surgido como medio efectivo para el acceso venoso intermitente para las infusiones terapéuticas, extracciones venosas, medición de PVC.

Constan de un reservorio que se coloca a nivel subcutáneo y que se sujeta a un catéter de silástic colocado en una vena central.

Requieren un mantenimiento con lavados con suero fisiológico heparinizado cada 3 semanas según protocolo.

Caso clínico

Varón de 47 años diagnosticado de Ca de rectosigma estadioIV, recibe quimioterapia preoperatoria como ttº de neoadyuvancia. Se decide implante de reservorio en agosto 2017 y en octubre es intervenido quirúrgicamente. En diciembre precisa ser reintervenido por cuadro de dolor abdominal, fiebre, meteorismo e íleo paralítico debido al olvido de una compresa en cavidad abdominal. Se inicia ttº con quimioterapia en febrero de 2017 y se decide mantener el reservorio dos años depués de terminar dicho ttº. En marzo de 2018 acude a consulta de enfermería de atención primaria con el material para la realización del mantenimiento del reservorio por saturación del servicio de Hospital de Día de referencia .

Plan de cuidados enfermeros

Se realiza la valoración de enfermería del paciente según los patrones funcionales de M.Gordon y establecemos el PAE destacando los dominios y diagnósticos alterados más prioritarios:

Dominio 9: Afrontamiento / Tolerancia al estrés. Clase 2. Respuestas de Afrontamiento.

00146 Ansiedad r/c amenaza en el estado de salud, situación económica, funciones de rol m/p expresión de preocupaciones debidas a cambios en los acontecimientos vitales .

NOC- Objetivos.

1300- Aceptación estado de salud.

1302- Superación de problemas.

ISBN: 978-84-949197-6-3

1305- Adaptación psicosocial; cambio de vida.

1402- Control de la ansiedad.

NIC-Intervenciones

4920- Escucha activa.

5230- Aumentar el afrontamiento.

5270- Apoyo emocional.

5240- Asesoramiento.

5880- Técnicas de relajación.

5820- Disminución de la ansiedad.

Dominio 9: Afrontamiento/ Tolerancia al estrés. Clase 1.Respuesta postraumática.

00148 Temor r/c falta familiaridad con la experiencia, desencadenantes innatos (neurotrasmisores) m/p aumento del pulso, frecuencia respiratoria, aumento de la transpiración.

NOC- Objetivos

1320 Superación de problemas.

1402 Control de la ansiedad E.

1404 Control del miedo.

NIC- Intervenciones

5230 Aumentar el afrontamiento.

5270 Apoyo emocional.

5380 Potenciación de la seguridad.

5820 Disminución de la ansiedad.

Dominio 9: Afrontamiento / Tolerancia al estrés. Clase 1 Respuesta postraumática.

00069 Afrontamiento Inefectivo r/c falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación m/p expresiones de incapacidad para afrontar la situación , solución inadecuada de los problemas.

NOC- Objetivos

906 Toma de decisiones.

907 Elaboración de la información.

1606 Participación: Decisiones sobre asistencia sanitaria.

1704 Creencias sobre la salud: Amenaza percibidas.

NIC- Intervenciones

5230 Aumentar el afrontamiento.

5240 Asesoramiento

5250 Apoyo en la toma de decisiones

Conclusiones

Los pacientes portadores de reservorio pueden verse beneficiados de la realización de las técnicas de mantenimiento de dicho reservorio en el centro de salud, previa formación de los profesionales, disminuyendo tiempos de espera, desplazamientos prolongados al hospital, favoreciendo la calidez de la relación paciente/profesional sanitario.

Bibliografía

1. Cotilla Franco, JM; Prieto Tinoco, J; Frigolet Maceras, P. Enfermería Global nº13. Junio 2008. Protocolo de uso y mantenimiento del reservorio venoso súbcutaneo .
2. Gallegos Alvarado M; Parra Domínguez, Martha Lilia. Revista Conamed. Vol.13. Suplemento 1,2008. Diagnósticos de enfermería identificados en pacientes con cáncer.
3. Ayala de Calvo, Luz Esperanza; Sepúlveda-Carrillo, Gloria Judith. Enfermería Global nº 45. Enero 2017. Necesidad de cuidado de paciente con cáncer en tratamiento ambulatorio.

Capítulo 76

Cuidados de enfermería en el drenaje ventricular externo

Carrero Ruiz, Carmen

Garrido Anguita, Silvia

Chacón Chacón, Laura

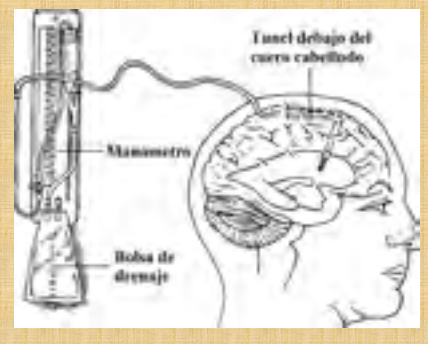
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO

INTRODUCCIÓN

El **drenaje ventricular externo** (DVE) es una catéter colocado en el espacio epidural, subdural o intraventricular (el más frecuente), sin sistema valvular, generalmente con un trayecto subcutáneo tunelizado, y en conexión con el exterior. Son temporales. Constituye una importante herramienta diagnóstica y terapéutica que permite la monitorización y control de la presión intracraneal (PIC) mediante la evacuación del líquido cefalorraquídeo (LCR). Están **indicados** en hidrocefalias agudas, hemorragia intraventricular y para la medición de la PIC. También se utilizan para la administración de fármacos por vía intratecal.

Una de las principales **complicaciones** de las derivaciones de LCR son las infecciones, seguidas de hemorragias, desplazamientos u obstrucción del catéter, posible colapso ventricular alrededor del catéter y perdida de LCR alrededor del punto de inserción. Representan el 45-52% de las meningitis/ventriculitis nosocomiales en adultos.

Los principales **síntomas de alarma** son cefaleas, alteración del nivel de conciencia, somnolencia, náuseas y vómitos.



OBJETIVOS

- Unificar criterios de actuación de enfermería en el manejo de drenajes ventriculares externos en pacientes neurocríticos para evitar complicaciones.
- Establecer criterios de información y formación para enfermería basados en la evidencia.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una **revisión bibliográfica** de la literatura científica existente en las bases de datos Pubmed, Cochrane, Google Académico, SCIELO y búsqueda manual en libros y revistas de enfermería. Se incluyeron revisiones sistemáticas narrativas, metaanálisis y revisiones bibliográficas que abordaran los cuidados de enfermería y manejo en los drenajes ventriculares externos, a fin de instruir al personal de enfermería para evitar las posibles complicaciones, siendo este el principal criterio de inclusión. Se seleccionaron artículos en castellano e inglés, publicados entre los años 2007 y 2019. Se excluyeron todos los artículos que no cumplían los criterios de inclusión mencionados.

Se obtuvo información general y específica, seleccionando aquella basada en la evidencia y/o científicamente reconocida. No se ha encontrado evidencia científica clase I que avale pautas de manejo con estos dispositivos. Toda la evidencia disponible corresponde a casos clínicos y a la opinión de expertos como neurocirujanos, intensivistas y personal de enfermería (clase III).

Las palabras clave (en castellano e inglés):	
Unidades de Cuidados Intensivos (Intensive care units).	Cuidados posoperatorios (Postoperative care).
Drenaje (Drainage)	Enfermería en cuidados críticos (Critical care nursing).
Infección (Infection)	Neurocirugía (Neurosurgery).

RESULTADOS

Se encontraron 26 artículos científicos de los cuales 17 cumplían los criterios de inclusión establecidos. → 14 fueron encontrados en las bases de datos Pubmed, Cochrane, Google académico, Scielo. → Los otros 3 restantes corresponden a la búsqueda manual en libros de texto y revistas de enfermería.

Los cuidados de enfermería en el manejo del drenaje ventricular externo (DVE) son:

- Posición del paciente: decúbito supino con la cabecera de la cama a 25-40º (excepto que este contraindicado), con la cabeza y cuello alineados y evitando las flexiones para mejorar el retorno venoso.
- Manipular el drenaje lo menos posible para evitar infecciones. Extremar las condiciones de asepsia y usar guantes estériles en las manipulaciones. Mantener cerrado el drenaje ante cualquier manipulación. Cubrir el sistema con un paño estéril.
- Ajustar la altura, manteniendo el cero del deposito colector a la altura del pabellón auricular. Control periódico de la altura del sistema.
- Utilización de un traductor de presión para medir la presión del drenaje.
- Vigilancia y cura diaria del punto de inserción del catéter.
- No se tomarán muestras de LCR de forma rutinarias, solamente si se sospecha de infección.
- Cambio del catéter a los 5 días (máximo 7 días).
- Ante las movilizaciones o traslados del paciente se deberá cerrar el sistema y, una vez instalado el paciente se volverá a ajustar la altura del drenaje.
  Si no lo cerramos puede ocurrir:
  - Sifonaje, hacia la bolsa colectora → Riesgo de colapso ventricular.
  - Reflujo, hacia el cerebro del paciente → Riesgo de infección del SNC.

- Vigilar la permeabilidad del sistema. En caso de obstrucción del sistema, avisar al neurocirujano.
- Para la administración de mediación por vía intratecal es importante mantener la esterilidad, así como aspirar la misma cantidad en ml que la que se va a infundir.
- En caso de rotura del catéter o deterioro, se pinzará el catéter proximalmente y se avisará al neurocirujano.
- Se registrará: la cura del punto de inserción (fecha y hora), volumen del LCR drenado (avisar al medico cuando supere los 20ml/h) y las características del LCR, aspecto y color. Un color opaco nos puede indicar infección.
- Los catéteres que se usan para el control de la PIC deberán permanecer cerrados. La apertura del drenaje se hará con una presión de 15-20mmHg.
- Los catéteres que se usan para el control de la hidrocefalia se dejaran abiertos de forma permanente, la presión de drenado vendrá dado por la situación clínica del paciente.

CONCLUSIONES

Con los catéteres ventriculares podemos monitorizar la **PIC** y, a la misma vez, **drenar LCR** tratando así las hidrocefalias. Por eso, constituye un sistema relativamente barato y muy útil en los pacientes neurocríticos. Pero tiene como principal **complicación** las infecciones del SNC que determinan un aumento de la mortalidad entre 10% y 20%, así como un importante incremento de la morbilidad de los pacientes con neurocirugía, lo que incide en la prolongación de su estancia e indiscutiblemente en elevar los costos asistenciales.

Los estudios demuestran que el personal de enfermería debe estar formado en el manejo de este tipo de catéteres con cuidados basados en la evidencia para prevenir las complicaciones y dar unos cuidados adecuados para mejorar el pronostico del paciente, así como detectar los signos de alarma y avisar al médico responsable.

Resumen: *El drenaje ventricular externo es un catéter colocado en el espacio epidural, subdural o intraventricular con un trayecto subcutáneo tunelizado y en conexión con el exterior. Son temporales. Constituye una importante herramienta diagnóstica y terapéutica que permite la monitorización y control de la presión intracraneal mediante la evacuación del líquido cefalorraquídeo. Están indicados en hidrocefalias agudas, hemorragia intraventricular, medición de la presión intracraneal y para la administración de fármacos por vía intratecal.*

Una de las principales complicaciones son las infecciones. Por ello, el personal de enfermería debe estar formado en el manejo y cuidados basados en la evidencia para prevenirlas.

Palabras Clave: *Ventriculitis cerebral; drenaje; infección.*

Introducción

El drenaje ventricular externo (DVE) es un catéter colocado en el espacio epidural, subdural o intraventricular (el más frecuente), sin sistema valvular, generalmente con un trayecto subcutáneo tunelizado, y en conexión con el exterior.

Son temporales. Constituye una importante herramienta diagnóstica y terapéutica que permite la monitorización y control de la presión intracraneal (PIC) mediante la evacuación del líquido cefalorraquídeo (LCR). Están indicados en hidrocefalias agudas, hemorragia intraventricular, medición de la PIC y para la administración de fármacos por vía intratecal.

Una de las principales complicaciones son las infecciones, seguidas de hemorragias, desplazamientos u obstrucción del catéter, colapso ventricular alrededor del catéter y perdida de LCR alrededor del punto de inserción. Representan el 45-52 % de las meningitis/ventriculitis nosocomiales en adultos. Los principales síntomas de alarma son cefaleas (21 %), alteración del nivel de conciencia (30-70 %), somnolencia, náuseas (14 %) y vómitos (11 %).

Objetivos

- Unificar criterios de actuación de enfermería en el manejo de drenajes ventriculares externos en pacientes neurocríticos para evitar complicaciones.
- Establecer criterios de información y formación para enfermería basados en la evidencia.

Material y método

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica existente en las bases de datos Pubmed, Cochrane, Google Académico, SCIELO y búsqueda manual en libros y revistas de enfermería.

Se incluyeron revisiones sistemáticas narrativas, metaanálisis y revisiones bibliográficas que abordaran los cuidados de enfermería y manejo en los DVE, a fin de instruir al personal de enfermería para evitar las posibles complicaciones, siendo este el principal criterio de inclusión. Se seleccionaron artículos en castellano e inglés, publicados entre los años 2007 y 2019. Se excluyeron todos los artículos que no cumplían los criterios de inclusión mencionados.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Se obtuvo información general y específica, seleccionando aquella basada en la evidencia y/o científicamente reconocida. No se ha encontrado evidencia científica clase I que avale pautas de manejo con estos dispositivos. Toda la evidencia disponible corresponde a casos clínicos y a la opinión de expertos como neurocirujanos, intensivistas y personal de enfermería (clase III).

Resultados

Se encontraron 26 artículos de los cuales 17 cumplían los criterios de inclusión:

- 14 encontrados en las bases de datos Pubmed, Cochrane, Google académico, Scielo.
- Los 3 restantes corresponden a la búsqueda manual en libros de texto y revistas de enfermería.

Los cuidados de enfermería en el manejo del DVE son:

- Posición del paciente, decúbito supino con la cabecera a 25-40 grados (excepto que este contraindicado) con la cabeza y cuello alineados y evitando las flexiones para mejorar el retorno venoso.
- Manipular el drenaje lo menos posible para evitar infecciones. Extremar las condiciones de asepsia y usar guantes estériles. Mantener cerrado el drenaje ante cualquier manipulación de este. Cubrir el sistema con un paño estéril.
- Ajustar la altura, manteniendo el cero del depósito colector a la altura del pabellón auricular. Control periódico de la altura del sistema.
- Utilización de un traductor de presión para medir la presión del drenaje.
- Vigilar la permeabilidad del sistema.
- Vigilancia y cura diaria del punto de inserción del catéter (cura oclusiva), salvo que el apósito este manchado o despegado, mediante técnica estéril.
- Vaciar la bolsa colectora cuando ocupe ¾ de la misma o cada 24h.
- No se tomarán muestras de LCR de forma rutinarias, solamente si se sospecha de infección.
- Cambio riguroso del catéter (máximo 7 días, se recomienda 5 días).
- Cuando el paciente tiene que moverse, cambiarse de posición o ser trasladado, se deberá cerrar el sistema y una vez instalado el paciente se volverá a ajustar la altura del drenaje. Si no lo cerramos puede ocurrir:
    - » Sifonaje, hacia la bolsa colectora, con el consecuente riesgo de colapso ventricular.
    - » Reflujo, hacia el cerebro del paciente con el consecuente riesgo de infección del SNC.
- En caso de obstrucción del sistema, deberá comunicarse al neurocirujano, no debiéndose aspirar ni infundir soluciones sin previa consulta (habitualmente si la obstrucción es por coágulos se infunde 250000 U de estreptoquinasa con 2 ml de suero fisiológico y otros 2 ml de suero fisiológico, previamente se habrá extraído 5 ml de LCR para no aumentar el volumen circulante).
- En caso de rotura del catéter o deterioro, se pinzará el catéter proximalmente y se avisará al neurocirujano.

- Se registrará:
    - » La cura del punto de inserción: fecha y hora.
    - » Volumen del LCR drenado, avisar cuando supere los 20ml/h.
    - » Las características del LCR, aspecto y color.
- Los catéteres que se usan para el control de la PIC deberán permanecer cerrados, solo se abrirán para controlar la PIC. La apertura del drenaje se hará con una presión de 15-20 mmHg.
- Los catéteres que se usan para el control de la hidrocefalia se dejaran abiertos, la presión de drenado vendrá dado por la situación clínica del paciente.

Conclusiones

Con los catéteres ventriculares podemos monitorizar la PIC y, a la misma vez, drenar LCR tratando así las hidrocefalias. Por eso, constituye un sistema relativamente barato y muy útil en los pacientes neurocríticos. Pero tiene como principal complicación las infecciones del SNC que determinan un aumento de la mortalidad entre 10 % y 20 %, así como un importante incremento de la morbilidad de los pacientes con neurocirugía, lo que incide en la prolongación de su estancia e indiscutiblemente en elevar los costos asistenciales.

Los estudios demuestran que el personal de enfermería debe estar formado en el manejo de este tipo de catéteres con cuidados basados en la evidencia para prevenir las complicaciones.

Bibliografía:

1. Grille, P.; Costa, G.; Biestro, A.; Wajskopf, S. Manejo del drenaje ventricular externo en la unidad de cuidados intensivos. Guía práctica. Rev. Med. Urug 2007; 23: 50-55.
2. Toledano Blanco, R.; Domínguez Núñez, D. Cuidados de enfermería en el manejo del drenaje ventricular. 2009. Revista paginaenferurg.com. Vol I, Num 2. 21-26.
3. Jiménez-Mejías, M. E.; García Cabrera, E. Infecciones relacionadas con los sistemas de drenaje de líquido cefalorraquídeo. Enferm Infecc Miocrobiol Cli 2008; 26 (4); 240-251.
4. Pedemera, A. Protocolo de cuidados enfermeros a pacientes neurocríticos. 2017. Universidad Nacional de Córdoba.

Capítulo 77

Cuidados del paciente crítico con estreñimiento

León Campillo, Sandra

León Campillo, Lorena

Donoso Muñoz, Antonio

XI Congreso de Investigación SATSE Ciudad Real

CUIDADOS DEL PACIENTE CRÍTICO CON ESTREÑIMIENTO

INTRODUCCIÓN

El estreñimiento en el paciente crítico ha recibido poca atención. A pesar de que la defecación es una función básica de nuestro organismo, este importante aspecto es al que menos atención se le presta en el paciente ingresado en UCI, ya que la gestión de las situaciones críticas que amenazan la vida del paciente tienen preferencia. Aunque su impacto es desconocido, se trata de un problema frecuente, asociado a retraso en el destete, estancias prolongadas y mayor mortalidad. Se define el estreñimiento como la ausencia de defecación en los primeros 6 días de ingreso en la UCI, aunque se han encontrado datos que van desde los 3 días hasta los 7, incluso 10 días sin deposición.

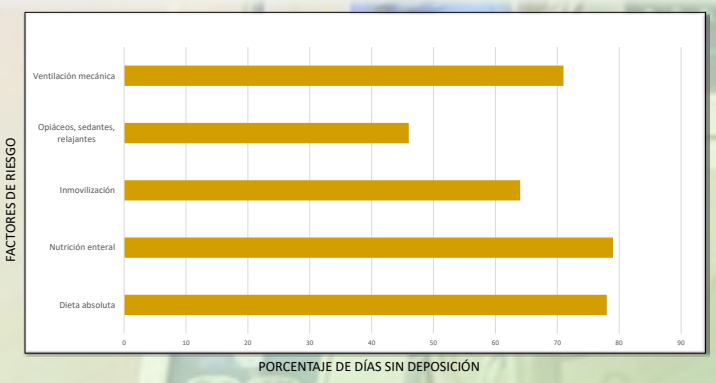
OBJETIVOS

Por todas las complicaciones que el paciente crítico puede desarrollar debido al estreñimiento, es importante que el personal de enfermería esté atento y tenga todo el conocimiento.
Se deben conocer los factores de riesgo y las consecuencias del estreñimiento.
Valorar la eficacia de los cuidados enfermeros frente al estreñimiento e identificar, analizar y evaluar sus causas y consecuencias.
Todo ello para proporcionar calidad y seguridad para el paciente en este ámbito.

METODOLOGÍA

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos : Cochrane Library Plus, SciELO, PubMed y CUIDEN. Han sido seleccionados aquellos artículos, tanto en inglés como en español, que incluían las siguientes palabras clave: estreñimiento/constipation, paciente crítico/critical patient, UCI/ICU, adultos/adults.
Los artículos seleccionados han sido un total de 9, siendo representativos por la muestra y/o número de observaciones y lo más recientes posibles, nunca superando los 10 años de antigüedad.

RESULTADOS



Otros factores: hipoxia (PaO2/FiO2 <150 mmHg) e hipotensión (TAS <90 mmHg) durante los 5 primeros días de VM, uso previo de laxantes a largo plazo y falta de privacidad, ruido en la unidad, cortinas o biombo como única barrera a la hora de intentar defecar.

Consecuencias del estreñimiento

- ***Retraso en el destete de la VM***:
La distensión abdominal interfiere en la distensibilidad pulmonar. Periodos de VM más largos.

- ***Intolerancia a nutrición enteral***:
Disfunción intestinal (vómitos, obstrucción intestinal). Menos probabilidades de alcanzar los objetivos nutricionales.

- ***Translocación bacteriana e incremento de infecciones***:
Hiperproliferación bacteriana por el daño en la mucosa intestinal. Mayor riesgo de adquirir infección bacteriana en cualquier punto.

- ***Incremento del número de días de estancia en UCI***:
Media de 10 días más en UCI en pacientes con estreñimiento.

- ***Mayor mortalidad***:
Tasa de mortalidad 30% en pacientes con estreñimiento frente al 18% en no estreñidos.

CONCLUSIONES

La incidencia de estreñimiento en los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos es muy elevada. Los principales factores de riesgo que se asocian son motivo de ingreso, estancia en UCI, días de VM y medicación administrada. Dentro de las complicaciones digestivas, algunos autores señalan la necesidad de incluir el estreñimiento como marcador de "fracaso intestinal" y formar parte de escalas de gravedad pronósticas, debido a la elevada comorbilidad que se asocia en el enfermo crítico, siendo necesaria la implementación de protocolos para mejorar la calidad asistencial.
Se necesitan medidas multidisciplinares para prevenir, detectar y controlar el estreñimiento en los enfermos críticos, puesto que se han asociado importantes descensos en la tasa de estreñimiento después de la implementación de protocolos de manejo intestinal.

BIBLIOGRAFÍA

- Gacouin A, Camus C, Gros A, Isslame S, Marque S, Lavoue S, et al. Constipation in long-term ventilated patients: Associated factors and impact on intensive care unit outcomes. Critical Care Medicine. 2010; 38: 1933-8.
- Orejana M, Torrente S, Murillo MA, García M, Cornejo C, Morales C, et al. Análisis del estreñimiento en pacientes con traumatismo grave. Enfermería Intensiva. 2014; 25(2): 46-51.
- Fukuda S, Miyauchi T, Fujita M, Oda Y, Todani M, Kawamura Y, et al. Risk factors for late defecation and its association with the outcomes of critically ill patients: a retrospective observational study. Journal of Intensive Care. 2016; 4:33.

Resumen: *El estreñimiento en UCI es un problema frecuente que causa retraso del destete, estancias prolongadas y mayor mortalidad. Se deben conocer los factores de riesgo y sus consecuencias para proporcionar calidad y seguridad en el paciente. Se han comparado los distintos factores de riesgo como ventilación mecánica, opiáceos, sedantes, inmovilización, nutrición enteral, dieta absoluta, y los días sin presentar deposición. Siendo todo el motivo del retraso del destete, intolerancia de la nutrición enteral, incremento de infecciones, incremento de días en UCI y mayor mortalidad. La incidencia del estreñimiento en paciente critico es alta, siendo necesario implantar protocolos.*

Palabras Clave: *estreñimiento/constipation; cuidados críticos/critical care; unidades de cuidados intensivos/intensive care units.*

Introducción

El estreñimiento en el paciente crítico siempre ha recibido poca atención. A pesar de que la defecación es una función básica de nuestro organismo, este importante aspecto es al que menos atención se le presta en el paciente ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), ya que la gestión de las situaciones críticas que amenazan la vida del paciente tienen preferencia. Aunque su impacto es desconocido, se trata de un problema frecuente, asociado a retraso en el destete, estancias prolongadas y mayor mortalidad. La incidencia de estreñimiento en UCI se sitúa entre 15-83%, dependiendo de los estudios que se consulten. Esta gran diferencia se debe a que no existe consenso en la definición, encontrando datos que van de los 3 a los 7, incluso 10 días sin realizar deposición.

Objetivo

Por todas las complicaciones que el paciente crítico puede desarrollar debido al estreñimiento, es importante que el personal de enfermería esté atento y tenga todo el conocimiento, sobre todo se debe conocer los factores de riesgo y las consecuencias del estreñimiento para así valorar la eficacia de los cuidados enfermeros frente al estreñimiento e identificar, analizar y evaluar sus causas y consecuencias. Todo ello para proporcionar calidad y seguridad para el paciente en este ámbito.

Material y métodos

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Cochrane Library Plus, SciELO, PubMed y CUIDEN. Han sido seleccionados aquellos artículos, tanto en inglés como en español, que incluían las siguientes palabras clave: estreñimiento/constipation, cuidados críticos/critical care, Unidades de Cuidados Intensivos/Intensive Care Units, adultos/adults.

Los artículos seleccionados han sido un total de 9, siendo representativos por la muestra y/o número de observaciones y lo más recientes posibles, nunca superando los 10 años de antigüedad.

Resultados

Se ha llevado a cabo una comparación entre los distintos factores de riesgo y los días que pasan sin realizar deposición, expresados en porcentaje, obteniendo los siguientes resultados: La ventilación mecánica (VM) es la causante del 71 % de días sin realizar deposición, mientras que los opiáceos,

ISBN: 978-84-949197-6-3

sedantes y distintas drogas ocupan el 46 % de días. La inmovilización se lleva el 64% y a la cabeza se encuentra la nutrición enteral (NE) con un 79% de días sin deposición. Por ultimo y justo por detrás se encuentra la dieta absoluta, la cual provoca estreñimiento en el 78 % de los días.

Otros factores que favorecen el estreñimiento son la hipoxia (PaO_2/FiO_2<150 mmHg) e hipotensión (TAS <90 mmHg) durante los 5 primeros días de VM, uso previo de laxantes a largo plazo y falta de privacidad, ruido en la unidad, cortinas o biombo como única barrera a la hora de intentar defecar.

Por todo ello podemos enumerar las consecuencias del estreñimiento en el paciente critico que son: Retraso en el destete de la VM, puesto que La distensión abdominal interfiere en la distensibilidad pulmonar con periodos de VM más largos; Intolerancia a nutrición enteral por disfunción intestinal (vómitos, obstrucción intestinal) y menos probabilidades de alcanzar los objetivos nutricionales; Translocación bacteriana e incremento de infecciones debido a hiperproliferación bacteriana por el daño en la mucosa intestinal con mayor riesgo de adquirir infección bacteriana en cualquier punto; Incremento del número de días de estancia en UCI, unos 10 días más en UCI en pacientes con estreñimiento; y, mayor mortalidad, con una tasa de mortalidad del 30 % en pacientes con estreñimiento frente al 18 % en no estreñidos.

La incidencia de estreñimiento en los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos es muy elevada. Los principales factores de riesgo que se asocian son motivo de ingreso, estancia en UCI, días de VM y medicación administrada. Dentro de las complicaciones digestivas, algunos autores señalan la necesidad de incluir el estreñimiento como marcador de “fracaso intestinal” y formar parte de escalas de gravedad pronósticas, debido a la elevada comorbilidad que se asocia en el enfermo crítico, siendo necesaria la implementación de protocolos para mejorar la calidad asistencial.

Se necesitan medidas multidisciplinares para prevenir, detectar y controlar el estreñimiento en los enfermos críticos, puesto que se han asociado importantes descensos en la tasa de estreñimiento después de la implementación de protocolos de manejo intestinal.

Bibliografía

1. Gacouin A, Camus C, Gros A, Isslame S, Marque S, Lavoue S, et al. Constipation in long-term ventilated patients: Associated factors and impact on intensive care unit outcomes. Critical Care Medicine. 2010; 38: 1933-8.

2. Orejana M, Torrente S, Murillo MA, García M, Cornejo C, Morales C, et al. Análisis del estreñimiento en pacientes con traumatismo grave. Enfermería Intensiva. 2014; 25(2): 46-51.

3. Fukuda S, Miyauchi T, Fujita M, Oda Y, Todani M, Kawamura Y, et al. Risk factors for late defecation and its association with the outcomes of critically ill patients: a retrospective observational study. Journal of Intensive Care. 2016; 4:33.

Capítulo 78

Dechoker

Villate Pardo, Mirian

Márquez Arriaga, Vanesa

Aragón Junquera, Celia

Resumen: *Dispositivo anti-asfixia ante un atragantamiento, utilizado en personas a partir de los 12 meses de edad. Se puede autoaplicar a uno mismo. Lo que hace es succionar los alimentos a través de una mascarilla y un émbolo.*

Cuando la técnica de Heimlich no es efectiva o no se puede realizar o esta es dificultosa por la embergadura de la persona o ante un embarazo o en niños, se puede utilizar este dispositivo.

Por su facilidad de uso y su tamaño puede colocarse en hogares, residencias, centros de salud, centros escolares...etc

Palabras Clave: *Persona; centros de salud; asfixia.*

En España hay una muerte por atragantamiento cada 6 horas, causan anualmente más de 1400 muertes en España, de hecho es una de las principales causas de fallecimiento en niños y bebes

El dechoker es un dispositivo anti-atragantamiento diseñado para poder extraer alimento o cualquier objeto pequeño que quede obstruyendo vía aérea mediante un sistema potente de succión que consigue generar la fuerza suficiente para que el objeto salga fuera de forma rápida y segura ya que el factor tiempo es primordial en estos casos.

Esta registrado por la FDA (Food Drugs Administration USA) y aprobado por la CE.

Por su tamaño puede almacenarse en cualquier boquitín de primeros auxilios, y su fácil uso hace que todas las personas puedan utilizarlo, incluso se pueda autoaplicar. Por este motivo sería bueno para tener en colegios, centros de salud, centros comerciales, residencias de ancianos… Dado su facilidad de uso.

El dispositivo consta:

De una mascarilla de tres tamaños:

- De 12 meses a 3 años
- De 3 años a 12 años
- De 12 años en adelante.

Un tubo en mitad de la mascarilla que alcanza hasta el final de la mandíbula y el cual deberá quedar por encima de la lengua al sellar la mascarilla en boca-nariz de la persona atragantada

Una válvula situada entre mascarilla y cámara que evita que cualquier fluido o residuo se reintroduzca en la cavidad oral

Una cámara diseñada para proporcionar la presión de succión optima necesaria para desalojar un cuerpo extraño atascado en las vías respiratorias de cualquier persona.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Un émbolo del que hay que traccionar para succionar el alimento que está obstruyendo la vía aérea.

Ventajas:

- Es muy fácil de usar, puede ser utilizado por cualquier persona aunque no posea conocimientos en primeros auxilios.
- Puede ser usado por uno mismo.
- Puede extraer el objeto que está provocando la asfixia en solo unos segundos.
- Está diseñado para que pueda estar en cualquier parte: hogar, centros de salud, centros escolares, residencias de ancianos, restaurantes… etc.
- Su coste no es elevado y tiene una vida media de unos dos años.

¿Cómo usamos el dechoker?

- Lo sacamos de su envoltorio y se tira una o 2 veces del asa.
- Tumbar en decúbito supino a la persona que se está asfixiando, con la cabeza en hiperextension, para tener mejor acceso a la vía aérea.
- Se colocara el tubo sobre la lengua al mismo tiempo que colocamos la mascarilla tapando la boca y nariz.
- Se ajusta de forma adecuada y, presionando con suavidad la mascarilla, se procede a tirar con fuerza y hacia arriba del embolo.
- De esta manera se logra capturar el objeto que está produciendo la asfixia y conseguir que la persona vuelva a respirar con normalidad.
- En caso de que no se hubiese conseguido sacar el objeto, se volverá a tirar nuevamente con fuerza del embolo hasta conseguir hacerse con él. Nunca dejar el dispositivo más de 3 segundos tapando la boca y la nariz.
- Una vez fuera, posicionara a la persona en posición de seguridad para favorecer la salida de contenido.

Bibliografía

1. Dechoker Spain. Barcelona, nd. Disponible en: http://www.dechokerspain.com/instrucciones.html y http://www.dechokerspain.com/adultos.html.
2. Proyecto Respira, Cataluña, 2017. Disponible en: http://www.proyectorespira.com/productos_dechoker.html.

Capítulo 79

Depresión y duelo en el anciano

Cortecero Sanz, Mª Cristina

Céspedes Valero, Mª Ester

Barrios Rubio, Laura

Rabadán Arévalo, Marta

Honrado López Menchero, Aurora

DEPRESIÓN Y DUELO EN EL ANCIANO

SATSE

I. Introducción:

1. **La depresión…** Se conoce como una enfermedad de salud mental de diagnóstico más frecuente. En el anciano se puede definir como el síndrome que afecta a la capacidad cognitiva, afectiva y física del paciente de edad avanzada. El cuadro depresivo puede presentarse por primera vez en la tercera edad o puede ser una recurrencia de un trastorno afectivo previo.
2. **El duelo…** El duelo se considera un proceso doloroso e inesperado en respuesta a la muerte de un ser querido o de una pérdida significativa que suele ocasionar en quienes mantenían un vínculo estrecho con el fallecido cambios importantes, a los cuales el anciano está constantemente expuesto. Muchos ancianos viven en situaciones de duelo permanentes como consecuencia de pérdidas sucesivas de personas cercanas, lo cual, hace sentir al anciano que está próximo a la muerte y crea sentimientos de soledad, vacío y abandono.

"En el duelo el mundo parece pobre y vacío mientras que en la depresión la persona se siente pobre y vacía" (Freud)

II. Objetivos

- Conocer la prevalencia de los trastornos depresivos en nuestra muestra como consecuencia del duelo tras perder la pareja en personas mayores de ambos sexos y sin sintomatología depresiva previa al duelo.
- Relacionar la fecha de fallecimiento de la pareja con el tipo de depresión que presenta para valorar si se habla de un cuadro depresivo o se ha convertido en un duelo patológico.

III. Material y métodos

- Dentro de la provincia de Ciudad Real, se realiza un **estudio descriptivo** por medio del ***cuestionario de Yesavage*** a partir de una muestra de 50 adultos mayores de ambos sexos que no han presentado trastornos depresivos previos al duelo.
- En primer lugar, se seleccionan a 50 adultos mayores y viudos para estudiar si la viudedad puede ser un factor relacionado con la depresión. Por lo que hablamos de un estudio **no probabilístico discrecional.**
- En segundo lugar, se pasa el cuestionario de Yesavage de 15 ítems para valorar la depresión geriátrica, manteniendo el anonimato y con previo consentimiento. Dicho cuestionario está compuesto por 15 ítems con dos respuestas: afirmativa (SI) o negativa (NO).

Se utiliza el siguiente rango de valores para clasificar la depresión, para ello se puntúa cada respuesta errónea con 1:

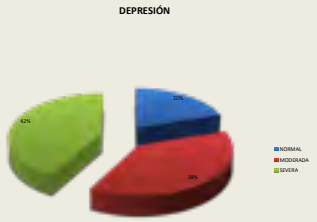
0-5 Normal
6-10 Depresión moderara
11-15 Depresión severa.

Dentro de la muestra, se descartan a aquellos pacientes que tiene una puntuación entre 0-5 y se realiza el estudio con los pacientes que tiene una depresión tanto moderada como severa.

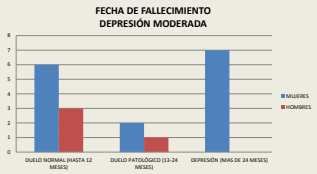
Dentro de los ancianos que poseen depresión se evaluará el tiempo transcurrido desde el fallecimiento de la pareja hasta el momento para valorar si nos encontramos con un duelo normal, patológico o con una depresión.

6-12 meses Duelo normal
1-2 años Duelo patológico
Más de 2 años Depresión

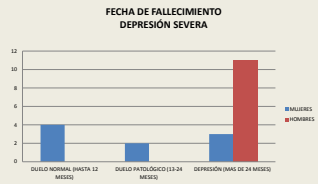
IV. Resultados



Después de pasar el Cuestionario de Yesavage a una muestra de 50 personas, observamos que un 20% de esta muestra no posee depresión, un 38% tiene una depresión moderada y un 42% una depresión severa.



Dentro del 38% de la muestra que presenta depresión modera, se observa que en duelo normal se encuentran 6 mujeres y 3 hombres, en duelo patológico 2 mujeres y 1 hombre y con depresión tenemos a 7 mujeres.



Dentro del 42% de la muestra que presenta una depresión severa; se observa que en duelo normal se encuentra 4 mujeres, en duelo patológico 3 mujeres y con depresión 3 mujeres y 11 hombres.

V. Conclusión

Tras pasar el cuestionario de Yesevage se observan muchos resultados positivos lo cual puede corresponder a una elevada prevalencia de depresión si se confirma el diagnostico.

Cuando se realiza el gráfico para valorar la depresión tras el duelo, se observa que el 74% de nuestra muestra posee depresión, lo que en algunos casos puede ser un simple duelo hacia este ser querido, en otros puede derivar a un duelo patológico o incluso instaurarse y llegar a formar un cuadro depresivo. Si se llega a este punto es porque el anciano se ha quedado estancado a la hora de elaborar el duelo, ya que cuando se selecciona la muestra se tiene en cuenta que estos pacientes no hayan padecido un cuadro depresivo previamente.

Actualmente, aunque el duelo por la muerte del conyugue es un proceso muy frecuente, pocos son los estudios que se han realizado acerca de la relación con la depresión.

"Nada nos envejece tanto como la muerte de aquellos que conocimos durante la infancia" (Julian Green)

Resumen: *La depresión es la enfermedad de salud mental de diagnóstico más frecuente. En el anciano se define como el síndrome que afecta a la capacidad cognitiva, afectiva y física. Puede presentarse por primera vez en la tercera edad o ser una recurrencia de un trastorno afectivo previo.*

El duelo se considera un proceso doloroso e inesperado en respuesta a la muerte de un ser querido. Ocasiona en quienes mantenían un vínculo estrecho cambios importantes, a los cuales el anciano está constantemente expuesto. Muchos ancianos viven situaciones de duelo permanenteslo cual les hace sentir que están próximos a la muerte

Palabras Clave: *Drepresión; duelo; ancianos.*

Introducción

El duelo no es considerado un trastorno de salud mental, mientras que la depresión sí. Duelo y depresión, no son sinónimos pero es importante tener en cuenta que muchos duelos patológicos pueden acabar en depresión como consecuencia del estancamiento de una de sus fases por lo que no se elabora correctamente el duelo.

Objetivos:

- Conocer la prevalencia de los trastornos depresivos en nuestra muestra como consecuencia del duelo tras perder la pareja en personas mayores de ambos sexos y sin sintomatología depresiva previa al duelo.
- Relacionar la fecha de fallecimiento de la pareja con el tipo de depresión que presenta para valorar si se habla de un cuadro depresivo o se ha convertido en un duelo patológico.
- Dentro de la provincia de Ciudad Real, se realiza un estudio descriptivo por medio del cuestionario de Yesavage a partir de una muestra de 50 adultos mayores de ambos sexos que no han presentado trastornos depresivos previos al duelo.

Material y métodos

- Se seleccionan a 50 adultos mayores y viudos para estudiar si la viudedad puede ser un factor relacionado con la depresión. Por lo que hablamos de un estudio no probabilístico discrecional.
- Se pasa el cuestionario de Yesavage de 15 ítems para valorar la depresión geriátrica, manteniendo el anonimato y con previo consentimiento. Dicho cuestionario está compuesto por 15 ítems con dos respuestas: afirmativa (SI) o negativa (NO).
- Se utiliza el siguiente rango de valores para clasificar la depresión, para ello se puntúa cada respuesta errónea con 1: 0-5 Normal, 6-10 Depresión moderara , 11-15 Depresión severa.
- Dentro de la muestra, se descartan a aquellos pacientes que tiene una puntuación entre 0-5 y se realiza el estudio con los pacientes que tiene una depresión tanto moderada como severa.
- Dentro de los ancianos que poseen depresión se evaluará el tiempo transcurrido desde el

ISBN: 978-84-949197-6-3

fallecimiento de la pareja hasta el momento para valorar si nos encontramos con un duelo normal, patológico o con una depresión: 6-12 meses duelo normal; 1-2 años duelo patológico; más de 2 años depresión.

Discusión de resultados

Dos de cada tres adultos mayores presenta sintomatología depresiva tras el duelo. En nuestro estudio se hace una distinción por sexos y se clasifican dependiendo de la fecha de fallecimiento del cónyuge y si toman o no tratamiento antidepresivo. Por tanto, la probabilidad de padecer depresión es diferente de unos estudios realizados a otros ya que la población analizada y las variables difieren.

Con la distinción por sexos, se observa que la depresión en mujeres es más frecuente que en los hombres. Las ancianas son las más dependientes de tratamientos antidepresivos. Un ensayo clínico realizado por el Instituto Nacional del Cáncer, muestra que los medicamentos pueden aliviar los síntomas depresivos cuando la depresión es consecuencia del duelo, pero sin embargo, dicho alivio es menos eficaz que cuando se usa para tratar una depresión como tal. En nuestro estudio se observa ya que un elevado porcentaje de mujeres toman medicamentos para aliviar los síntomas y aun así están dentro del porcentaje de encuestados que padecen depresión por lo que se considera poco efectivo.

Actualmente, aunque el duelo por la muerte del conyugue es un proceso muy frecuente, pocos son los estudios que se han realizado acerca de la relación con la depresión.

Finalmente tras realizar este estudio se observa que en un porcentaje significativo de la muestra se obtienen unos resultados positivos, lo cual sería necesario revisar para llevar a cabo de manera individualizada un tratamiento o una terapia adecuada para cada paciente, evitando de esta manera un empeoramiento que podría ser consecuencia del retraso de dicho diagnóstico.

Conclusiones

Tras pasar el cuestionario de Yesevage se observan muchos resultados positivos lo cual puede corresponder a una elevada prevalencia de depresión si se confirma el diagnostico.

Primeramente, al seleccionar la muestra se observa que es más fácil dentro de una población anciana encontrar a mujeres viudas que a hombres por lo que se deduce que las mujeres tienen una mayor esperanza de vida que los hombres.

Cuando se realiza el gráfico para valorar la depresión tras el duelo, se observa que el 74% de nuestra muestra posee depresión, lo que en algunos casos puede ser un simple duelo hacia este ser querido, en otros puede derivar a un duelo patológico o incluso instaurarse y llegar a formar un cuadro depresivo. Si se llega a este punto es porque el anciano se ha quedado estancado a la hora de elaborar el duelo, ya que cuando se selecciona la muestra se tiene en cuenta que estos pacientes no hayan padecido un cuadro depresivo previamente.

Se observa que un porcentaje significativo de mujeres toman tratamiento antidepresivo y aun así están dentro del porcentaje de encuestados que padecen depresión por lo que se considera inefectivo dicho tratamiento. Otro porcentaje de la muestra de encuestados no toma tratamiento y se encuentran dentro de aquellos que padecen depresión tanto severa como moderada.

Dentro del porcentaje de encuestados, cuya puntuación está dentro del rango correspondiente a depresión moderada, se observa que es a las mujeres a las que más les afecta el duelo e incluso

llegan a instaurar un cuadro depresivo mientras que cuando se habla del sexo masculino nos referimos a un duelo, por el contrario y de manera significativa cuando nos referimos a aquellos que están dentro de los valores de depresión severa, se observa que la totalidad de los hombres llegan a un cuadro depresivo.

Bibliografía

1. García, M.V.L., Rodríguez, C.P., Toronjo, A.M.G. Enfermería 21: Enfermería del anciano. 2ªed. Difusión Avances de Enfermería (DAE). Madrid; 2009.
2. Instituto Nacional del Cáncer. "Duelo y tratamiento", 2011, http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/duelo/Patient/page7/AllPages/Print.
3. Kristen L. Mauk. Enfermería Geriátrica. Competencias asistenciales. Madrid: MacGraw-Hill Interamericana; 2008.

Capítulo 80

Detección de la fibrosis quística en pediatría mediante test de sudor

Rodríguez López, Rosa María

Bastante Villaseñor, Raquel

Saucedo García, Maria Estrella

DETECCIÓN DE LA FIBROSIS QUÍSTICA EN PEDIATRÍA MEDIANTE TEST DE SUDOR

INTRODUCCIÓN

El test de sudor es una prueba utilizada para el diagnóstico de confirmación de la fibrosis quística (FQ). Esta prueba es realizada en nuestro servicio de neumología pediátrica por el personal de enfermería, consistiendo en analizar la cantidad de cloro presente en el sudor. Se trata de la estimulación del sudor mediante iontoforesis con pilocarpina. Consiste en colocar sobre la piel dos electrodos con un disco de pilocarpina (Imagen1). A los 30 minutos se recoge la muestra mediante papel de filtro, el cual es analizado, obteniendo un resultado numérico que ayudará al diagnóstico final (tabla1).



IMAGEN 1. Colocación de los electrodos con pilocarpina.

CONCENTRACIÓN	INTERPRETACIÓN
< 40 mmol/L	negativo
30-59 mmol/L	Indeterminado, en los límites
> 60 mmol/L	Positivo

TABLA 1. Interpretación de resultados del Test de Sudor.

OBJETIVO

Identificar los casos que se diagnostican mediante la prueba de Test de sudor

MATERIAL Y MÉTODO

Este trabajo está basado en un estudio descriptivo observacional. Contamos con la participación de 140 niños y niñas, a los cuales se les realizó un test de sudor por petición médica con fines diagnósticos. Se recogieron datos durante 12 meses. Se omite el periodo de recogida de datos para preservar el anonimato de los participantes. Se analizaron variables como el género, la edad, y el diagnóstico que se quería confirmar. De los 140 participantes, se desecharon 6 casos por recogida de muestra insuficiente, por lo que se analizaron un total de 134 casos.

Para el estudio se usó el programa estadístico SPSS para Windows y el paquete Office de Microsoft.

RESULTADOS



	% DE PARTICIPANTES
NIÑOS	56%
NIÑAS	44%
ENTRE 0 Y 7 AÑOS	91%
ENTRE 7 Y 14 AÑOS	9%

TABLA 2.Descripción de los participantes.

	% POSITIVOS	% NEGATIVOS	% EN EL LIMITE
NIÑOS	16%	65,3%	18,7%
NIÑAS	18,6%	78%	3,4%
ENTRE 0 Y 7 AÑOS	18%	73%	9%
ENTRE 7 Y 14 AÑOS	8,3%	50%	41,7%

TABLA 3. Resultados obtenidos

CONCLUSIONES Y TRABAJO FUTURO

Según los datos obtenidos, se han analizado un total de 134 casos, siendo el 56% niños y el 44% niñas. Por edades, el 91% se realizaron en niños y niñas menores de 7 años, mientras que el 9% restante tenían una edad comprendida entre los 7 y los 14 años.

De los test de sudor realizados, el 12% de los casos (16 niños) dieron como resultado valores que se encontraron en el límite por lo que no concretaron el diagnóstico. Sin embargo, el 17% (23 casos) sí que confirmaron el diagnóstico de fibrosis quística. Por el contrario, y siendo la gran mayoría, el 70,9% (95 niños) de los casos dieron negativo.

Los casos cuyos resultados se encuentran en los valores límites y que no confirman ni rechazan el diagnóstico son escasos. Sin embargo, llama la atención como el porcentaje correspondiente a estos casos, en mayores de 7 años aumenta considerablemente. Quedaría pendiente como trabajo futuro analizar qué papel juega la edad del paciente en los resultados obtenidos mediante este test.

BIBLIOGRAFÍA

- Martín C, García R, Martínez JM, Cenarro T. Uso racional de las pruebas diagnósticas: test de sudor. Form Act Pediatr Aten Prim. 2015;8(2):87-89.
- Fielbaum O. Sweat test, technique and errors. Neumol Pediatr 2016;11(1):19-22.
- Boza ML. Fibrosis quística y tamizaje neonatal. Neumol Pediatr 2016;11(1):10-14.

Resumen: *El test de sudor es una prueba utilizada para el diagnóstico de confirmación de la fibrosis quística. Esta prueba es realizada en nuestro servicio de neumología pediátrica por el personal de enfermería, consistiendo en analizar la cantidad de cloro presente en el sudor. Con este estudio pretendemos identificar los casos que se diagnostican mediante este test así como las características de la población a la que dicho test va dirigido.*

Palabras Clave: *Fibrosis quística; pediatría; sudor.*

Introducción

El test de sudor es una prueba utilizada para el diagnóstico de confirmación de la fibrosis quística (FQ). Esta prueba es realizada en nuestro servicio de neumología pediátrica por el personal de enfermería, consistiendo en analizar la cantidad de cloro presente en el sudor. Se trata de la estimulación del sudor mediante iontoforesis con pilocarpina. Consiste en colocar sobre la piel dos electrodos con un disco de pilocarpina. A los 30 minutos se recoge la muestra mediante papel de filtro, el cual es analizado, obteniendo un resultado numérico que ayudará al diagnóstico final. Se interpreta como un resultado negativo concentraciones inferiores a 40 mmol/L. El resultado será dudoso si la concentración se encuentra entre 40 y 60 mmol/L. Concentraciones superiores a 60 mmol/L darán como positivo el resultado obtenido.

Material y método

Este trabajo está basado en un estudio descriptivo observacional. Contamos con la participación de 140 niños y niñas, a los cuales se les realizó un test de sudor por petición médica con fines diagnósticos. Se recogieron datos durante 12 meses. Se omite el periodo de recogida de datos para preservar el anonimato de los participantes. Se analizaron variables como el género, la edad, y el diagnóstico que se quería confirmar. De los 140 participantes, se desecharon 6 casos por recogida de muestra insuficiente, por lo que se analizaron un total de 134 casos.

Para el estudio se usó el programa estadístico SPSS para Windows y el paquete Office de Microsoft.

Objetivo

Identificar los casos que se diagnostican mediante la prueba de Test de sudor.

Resultados

En cuanto a la descripción de los participantes en este estudio, el 56 % fueron niños y el 44 % niñas. En base a su edad, el 91 % tenían una edad comprendida entre los 0 y los 7 años. Las edades del 9 % restante se encontraban entre los 8 y los 14 años.

En cuanto a los resultados obtenidos, el 71 % de los casos estudiados obtuvieron un valor de concentración englobado dentro de los parámetros negativos. Sólo el 17 % dieron positivo en esta prueba. Por tanto, el 12 % restante obtuvieron un valor de concentración dudoso. Si revisamos los datos por género, de las niñas estudiadas el 16 % dieron positivo, frente al 18,6 % de los niños. Teniendo en cuenta la edad, los casos positivos se dieron más en edades comprendidas entre los 0 y los 7 años (18 % del total de esa edad).

ISBN: 978-84-949197-6-3

Conclusiones

Según los datos obtenidos, se han analizado un total de 134 casos, siendo el 56 % niños y el 44% niñas. Por edades, el 91 % se realizaron en niños y niñas menores de 7 años, mientras que el 9 % restante tenían una edad comprendida entre los 7 y los 14 años.

De los test de sudor realizados, el 12 % de los casos (16 niños) dieron como resultado valores que se encontraron en el límite por lo que no concretaron el diagnóstico. Sin embargo, el 17 % (23 casos) sí que confirmaron el diagnóstico de fibrosis quística. Por el contrario, y siendo la gran mayoría, el 70,9 % (95 niños) de los casos dieron negativo.

Los casos cuyos resultados se encuentran en los valores límites y que no confirman ni rechazan el diagnóstico son escasos. Sin embargo, llama la atención como el porcentaje correspondiente a estos casos, en mayores de 7 años aumenta considerablemente. Quedaría pendiente como trabajo futuro analizar qué papel juega la edad del paciente en los resultados obtenidos mediante este test.

Bibliografía

1. Martín C, García R, Martínez JM, Cenarro T. Uso racional de las pruebas diagnósticas: test de sudor. Form Act Pediatr Aten Prim. 2015;8(2):87-89.
2. Fielbaum O. Sweat test, technique and errors. Neumol Pediatr 2016;11(1):19-22.
3. Boza ML. Fibrosis quística y tamizaje neonatal. Neumol Pediatr 2016;11(1):10-14.

Capítulo 81

Diabetes, la epidemia silenciosa y global del siglo XXI. Evolución, situación actual y pronóstico

López Juárez, Mª Pilar

DIABETES, LA EPIDEMIA SILENCIOSA Y GLOBAL DEL SIGLO XXI. EVOLUCIÓN, SITUACIÓN ACTUAL Y PRONÓSTICO.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, más de 425 millones de personas viven con diabetes. No ocupa las portadas en los periódicos ni es titular en los informativos. Sin embargo, no es un problema sanitario más. La diabetes es una de las mayores emergencias sanitarias mundiales del siglo XXI. Está entre las 10 principales causas de muerte a nivel mundial.

Es una enfermedad crónica que mata, incapacita, reduce la esperanza de vida, sobrecarga el sistema sanitario y genera un gasto económico global desmesurado.

OBJETIVOS

1. Evaluar el incremento a nivel mundial del número de adultos con diabetes entre los años 2000 y 2017.

2. Cuantificar el aumento del gasto sanitario total en personas con diabetes entre los años 2006 y 2017.

3. Analizar las estimaciones mundiales sobre diabetes en mayores de 65 años.

MATERIAL Y MÉTODO

Método: Revisión sistemática. Necesidades o problemas: Diabetes mellitus. Población identificada: Pacientes con diabetes. Recogida de información:

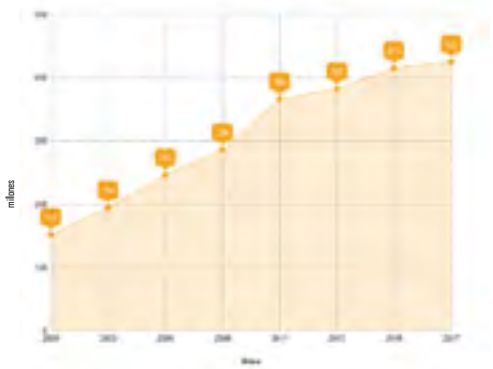
1. Atlas de la Diabetes. 8ª edición. Se extraen, analizan y comparan los datos publicados sobre diabetes por la International Diabetes Federation.

2. Búsqueda de evidencia disponible en Medline, Pubmed y Biblioteca Cochrane sobre la repercusión mundial de la diabetes en la salud y el sistema sanitario. Se limita la búsqueda a publicaciones con una antigüedad máxima de 15 años. Términos MeSH "Cause of death", "Diabetes mellitus" y "Global Health".

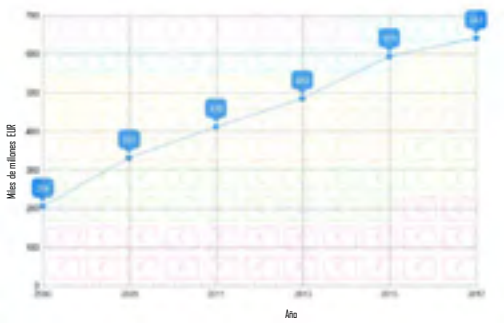
3. Análisis del Diabetes Programme de la World Health Organization.

RESULTADOS

NÚMERO DE ADULTOS (ENTRE 20 Y 79 AÑOS) CON DIABETES EN EL MUNDO



GASTO SANITARIO MUNDIAL EN ADULTOS (20-79 AÑOS) CON DIABETES



NÚMERO DE PERSONAS ENTRE 20 Y 79 AÑOS CON DIABETES EN LOS AÑOS 2017 Y 2045 (en millones)

	2017	2045
África	15.5	40.7
Europa	58	68.7
Oriente Medio y Norte de África	38.7	62
América del Norte y Caribe	45.3	62.2
América del Sur y Central	26	42.3
Sudeste Asiático	82	154
Pacífico Occidental	158.8	183.3
TOTAL	424.3	628.6

CONCLUSIONES

1. El número de adultos entre 20 y 79 años viviendo con diabetes casi se ha triplicado, pasando de 151 millones en el año 2000 a 425 millones en el año 2017.

2. El gasto sanitario estimado en personas con diabetes entre 20 y 79 años se ha multiplicado por 3 desde el año 2006.

3. En 2017, el número estimado de personas entre 20 y 79 años con diabetes fue de 424,9 millones. Si las tendencias continúan, en 2045 el número de personas entre 20 y 79 años viviendo con diabetes será de 628,6 millones.

BIBLIOGRAFÍA

1. 8940_IDF_Atlas_2017_Spanish_Interactive [Internet]. Diabetesatlas.org. 2019 [consultado el 16 de febrero 2019]. Disponible en: http://diabetesatlas.org/IDF_Diabetes_Atlas_8e_interactive_ES/

2. Diabetes programme [Internet]. World Health Organization. 2019 [consultado el 10 de febrero 2019]. Disponible en: https://www.who.int/diabetes/en/

3. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med. 2006;3(11):e442.

Resumen: *En la actualidad, más de 425 millones de personas viven con diabetes. No ocupa las portadas en los periódicos ni es titular en los informativos. Sin embargo, no es un problema sanitario más. La diabetes es una de las mayores emergencias sanitarias mundiales del siglo XXI. Está entre las 10 principales causas de muerte a nivel mundial.*

Es una enfermedad crónica que mata, incapacita, reduce la esperanza de vida, sobrecarga el sistema sanitario y genera un gasto económico global desmesurado.

Palabras Clave: *Diabetes mellitus; cause of death; global health.*

Introducción

En la actualidad, más de 425 millones de personas viven con diabetes. No ocupa las portadas en los periódicos ni es titular en los informativos. Sin embargo, no es un problema sanitario más. La diabetes es una de las mayores emergencias sanitarias mundiales del siglo XXI. Está entre las 10 principales causas de muerte a nivel mundial.

Es una enfermedad crónica que mata, incapacita, reduce la esperanza de vida, sobrecarga el sistema sanitario y genera un gasto económico global desmesurado.

Objetivos

Con este trabajo se persiguen tres objetivos:

1. Evaluar el incremento a nivel mundial del número de adultos con diabetes entre los años 2000 y 2017.
2. Cuantificar el aumento del gasto sanitario total en personas con diabetes entre los años 2006 y 2017.
3. Analizar las estimaciones mundiales sobre diabetes en mayores de 65 años.

Material y método

Método: Revisión sistemática.

Necesidades o problemas: Diabetes mellitus.

Población identificada: Pacientes con diabetes.

Recogida de información:

1. Atlas de la Diabetes. 8ª edición. Se extraen, analizan y comparan los datos publicados sobre diabetes por la International Diabetes Federation.
2. Búsqueda de evidencia disponible en Medline, Pubmed y Biblioteca Cochrane sobre la repercusión mundial de la diabetes en la salud y el sistema sanitario. Se limita la búsqueda a publicaciones con una antigüedad máxima de 15 años. Términos MeSH “Cause of death”, “Diabetes mellitus” y “Global Health”.
3. Análisis del Diabetes Programme de la World Health Organization.

Resultados

1. Número de adultos entre 20 y 79 años con diabetes en el mundo: se observa que este número ha pasado de 161 millones de adultos con diabetes en el año 2000 a 425 millones en el año

ISBN: 978-84-949197-6-3

2017. El ascenso más pronunciado tuvo lugar entre los años 2009 y 2011, pasando de 285 millones de adultos con diabetes (2009) a 366 millones de adultos con diabetes (2011).

2. Gasto sanitario mundial en adultos entre 20 y 79 años con diabetes: al aumentar el número de adultos con diabetes en el mundo, el gasto sanitario mundial se ha disparado entre los años 2006 y 2017. Si en el año 2006 el gasto sanitario en miles de millones de euros ascendía a 204, en sólo 5 años se duplicó (410 miles de millones de euros en el año 2011) llegando a la cifra de 641 miles de millones de euros en el año 2017.
3. Número de personas entre 20 y 79 años con diabetes en los años 2017 y 2045 (en millones): Las previsiones son realmente devastadoras. En 2017 se estima que había 424.9 millones de personas con diabetes en el mundo. En el año 2045, si no hay un cambio brusco en las previsiones, se calcula que habrá aproximadamente 628,6 millones de personas con diabetes.

   Las previsiones por continentes son las siguientes:

   - África: 15,5 millones en 2017 - 40,7 millones en 2045.
   - Europa: 58 millones en 2017 - 66,7 millones en 2045.
   - Oriente Medio y Norte de África: 38,7 millones en 2017 - 82 millones en 2045.
   - América del Norte y Caribe: 45,9 millones en 2017- 62,2 millones en 2045.
   - América del Sur y Central: 26 millones en 2017 - 42,3 millones en 2045.
   - Sudeste Asiático: 82 millones en 2017 - 151,4 millones en 2045.
   - Pacífico Occidental: 158,8 millones en 2017- 183,3 millones en 2045.

Conclusiones

1. El número de adultos entre 20 y 79 años viviendo con diabetes casi se ha triplicado, pasando de 151 millones en el año 2000 a 425 millones en el año 2017.
2. El gasto sanitario estimado en personas con diabetes entre 20 y 79 años se ha multiplicado por 3 desde el año 2006.
3. En 2017, el número estimado de personas entre 20 y 79 años con diabetes fue de 424,9 millones. Si las tendencias continúan, en 2045 el número de personas entre 20 y 79 años viviendo con diabetes será de 628,6 millones.

Bibliografía:

1. 8940_IDF_Atlas_2017_Spanish_Interactive [Internet]. Diabetesatlas.org. 2019 [consultado el 16 de febrero 2019]. Disponible en: http://diabetesatlas.org/IDF_Diabetes_Atlas_8e_interactive_es/.
2. Diabetes programme [Internet]. World Health Organization. 2019 [consultado el 10 de febrero 2019]. Disponible en: https://www.who.int/diabetes/en/.
3. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med. 2006;3(11):e442.

Capítulo 82

Distracción maxilar superior en paciente con fisura labiopalatina

Paulero López, Noelia

Polo Camacho, Jesús Antonio

DISTRACCIÓN MAXILAR SUPERIOR EN PACIENTE CON FISURA LABIOPALATINA

CASO CLÍNICO

INTRODUCCIÓN

FISURA LABIOPALATINA(FLP)

Es la segunda malformación congénita más frecuente, en su génesis hay factores genéticos(25%) y ambientales siendo en general de origen multifactorial. Puede afectar el labio a uno a ambos lados, el paladar o ambos. El tratamiento debe ser multidisciplinario e iniciarse de recién nacido. En las fisuras completas de labio y paladar está afectada la alimentación, audición, respiración nasal y la fonación, todos estos aspectos son abordados como parte del tratamiento integral.

DISTRACCIÓN OSTEOGÉNICA (DO)

La distracción osteogénica es una técnica dirigida a la creación de hueso tras producir una fractura, basándose en la capacidad regeneradora del mismo. Se realiza una fractura que desencadena el proceso biológico de reparación ósea entre los dos segmentos de hueso, que se van a ir separando de forma gradual al aplicar una fuerza de tracción. Produce una elongación, tanto del hueso, como de los tejidos blandos circundantes por un mecanismo de adaptación de los mismos a la tensión que soportan durante la distracción. Esto permite una mayor elongación ósea, minimizando la aparición de una posible recidiva.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Varón de 18 años con fisura labiopalatina unilateral izquierda completa intervenido a los 5 meses en que se realiza sutura del labio (Técnica de Millard), a los 10 meses intervenido de cierre del paladar por planos (técnica de Veau-Wardill-Kilner), a los 8 años remodelación ósea de la fisura en el maxilar mediante injertos de chips de cresta ilíaca derecha, a los 13 años colocación de miniplacas Bollard de tracción esquelética y se inicia tratamiento de ortodoncia, a los 15 años se le retiran las miniplacas, NAMC

Exploración física: Clase III de Angle con importante discrepancia anteroposterior, hipoplasia maxilar, ausencia de piezas 22/23

Pruebas complementarias: ortopantomografía (OPG), TAC facial, estudio preoperatorio para cirugía







PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS

Vigilar sangrado de la herida. Curar herida Qx según indicación médica. Vigilar signos de infección. Se aconseja una dieta triturada y líquida, y progresar según evolución de la cirugía. Seguir las recomendaciones de su médico.

NANDA	NOC	NIC
00004 Riesgo de infección	1814 Conocimiento: procedimientos terapéuticos 1902 Control del riesgo: proceso infeccioso	3440 Cuidados del sitio de incisión 5510 Educación sanitaria 6610 Identificación de riesgos
00046 Deterioro de la integridad cutánea	1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas	3660 Cuidados de la herida
00132 Dolor agudo	1605 Control del dolor	1380 Aplicación de frío 1400 Manejo del dolor 2210 Administración de analgésicos
00095 Deterioro del patrón de sueño	0004 Sueño	1850 Fomentar el sueño
00045 Deterioro de la mucosa oral	1100 Salud bucal	1100 Manejo de la nutrición 1730 Restablecimiento de la salud bucal

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Las deformidades faciales son una patología cada vez más frecuente en la consulta de cirugía oral y maxilofacial, estas deformidades originan: alteraciones funcionales (dificultad masticatoria, fonatoria e incluso respiratoria), estéticas y psicológicas.

La DO es una nueva técnica dirigida a la creación de hueso tras producir una fractura, basándose en la capacidad regeneradora del mismo, comienza con la formación de un callo óseo reparativo tras la producción de una fractura, la tensión generada por la separación de los fragmentos óseos va a dar lugar a un estímulo continuo para la formación de hueso nuevo.

En el presente caso clínico se utilizó un aparato tipo Hyrax dentosoportado que brinda la estabilidad adecuada para soportar las fuerzas de tracción controlada durante la DO, esta técnica ofrece la posibilidad de realizar la expansión del maxilar sin riesgo de provocar necrosis o malunión de los segmentos maxilares, estimulando la neoformación ósea y de los tejidos blandos adyacentes, proporciona un tratamiento adecuado, de bajo costo, que evita la extracción de órganos dentarios, facilitando así el tratamiento ortodóntico prequirúrgico y brindando estabilidad oclusal postoperatoria que reduce importantemente los índices de recidiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. SECCION IX capitulo 57 - Sociedad Española de Cirugía Oral y ...www.secom.org/wp-content/uploads/2014/01/SECCION.IX_.capitulo57.pdf
2. Armando Orozco de la Huerta,* Ma. Iliana Picco Díaz,§ José Manuel González Montelongoll (2009). Distracción osteogénica maxilar transversa con aparato Hyrax intraoral dentosoportado: Presentación de un caso clínico. Revista odontológica Mexicana, vol. 13, Núm. 3, pp. 152-157
3. Habib BARHOUM1 , María-del Pilar LEÓN2 , Neftalí Joaquín BENJUMEA. Paciente con labio y paladar fisurado bilateral, mordida cruzada anterior y con severa compresión maxilar tratado con ortodoncia temprana, Hyrax y cirugía ortognática monomaxilar. Reporte de caso. Rev. Estomatol. 2016; 24(1):30-36
4. Machado, R., Bastidas M., Arias E. Quirós O., (2012). Disyunción Maxilar con la utilización del Expansor tipo Hyrax en pacientes con Labio y Paladar Hendidos. Revisión de la Literatura, Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría, depósito legal nº: pp200102CS997 - ISSN: 1317-5823

Resumen: *La distracción osteogénica es una técnica para crear hueso tras producir una fractura, por la capacidad regeneradora del mismo, esta fractura desencadena el proceso biológico de reparación ósea entre los dos segmentos de hueso, que van a ir separándose gradualmente al aplicar una fuerza de tracción mediante un disyuntor tipo Hyrax. La fisura labiopalatina es la segunda malformación congénita más frecuente, puede ser de origen genético o por factores ambientales.*

Palabras Clave: *Distracción maxilar superior; fisura labiopalatina; disyuntor hyrax.*

Introducción

Fisura labiopalatina (FLP)

Es la segunda malformación congénita más frecuente, en su génesis hay factores genéticos (25%) y ambientales siendo en general de origen multifactorial. Puede afectar el labio a uno a ambos lados, el paladar o ambos. El tratamiento debe ser multidisciplinario e iniciarse de recién nacido. En las fisuras completas de labio y paladar está afectada la alimentación, audición, respiración nasal y la fonación, todos estos aspectos son abordados como parte del tratamiento integral.

Distracción osteogénica (DO)

La distracción osteogénica es una técnica dirigida a la creación de hueso tras producir una fractura, basándose en la capacidad regeneradora del mismo. Se realiza una fractura que desencadena el proceso biológico de reparación ósea entre los dos segmentos de hueso, que se van a ir separando de forma gradual al aplicar una fuerza de tracción. Produce una elongación, tanto del hueso, como de los tejidos blandos circundantes por un mecanismo de adaptación de los mismos a la tensión que soportan durante la distracción. Esto permite una mayor elongación ósea, minimizando la aparición de una posible recidiva.

Observación clínica

Varón de 18 años con fisura labiopalatina unilateral izquierda completa intervenido a los 5 meses en que se realiza sutura del labio (Técnica de Millard), a los 10 meses intervenido de cierre del paladar por planos (Veau-Wardill-Kilner), a los 8 años remodelación ósea de la fisura en el maxilar mediante injertos de chips de cresta ilíaca derecha, a los 13 años colocación de miniplacas Bollard de tracción esquelética y se inicia tratamiento de ortodoncia, a los 15 años se le retiran las miniplacas, NAMC.

Exploración física: Clase III de Angle con importante discrepancia anteroposterior, hipoplasia maxilar, ausencia de piezas 22/23.

Pruebas complementarias: Ortopantomografía (OPG), TAC facial, estudio preoperatorio para cirugía.

Plan de cuidados enfermeros

Vigilar sangrado de la herida. Curar herida Qx según indicación médica. Vigilar signos de infección. Se aconseja una dieta triturada y progresar según evolución de la cirugía. Seguir las recomendaciones de su médico.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Diagnósticos NANDA

00004 Riesgo de infección

NOC: 1814 Conocimiento: procedimientos terapéuticos

1902 Control del riesgo: proceso infeccioso

NIC : 3440 Cuidados del sitio de incisión

5510 Educación sanitaria

6610 Identificación de riesgos

00046 Deterioro de la integridad cutánea

NOC: 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas

NIC: 3660 Cuidados de la herida

00132 Dolor agudo

NOC: 1605 Control del dolor

NIC: 1380 Aplicación de frío

1400 Manejo del dolor

2210 Administración de analgésicos

00095 Deterioro del patrón de sueño

NOC: 0004 Sueño

NIC: 1850 Fomentar el sueño

00045 Deterioro de la mucosa oral

NOC: 1100 Salud bucal

NIC: 1100 Manejo de la nutrición

1730 Restablecimiento de la salud bucal

Discusión y conclusión

Las deformidades faciales son una patología cada vez más frecuente en la consulta de cirugía oral y maxilofacial, estas deformidades originan: alteraciones funcionales (dificultad masticatoria, fonatoria e incluso respiratoria), estéticas y psicológicas.

La distracción osteogénica es una nueva técnica dirigida a la creación de hueso tras producir una fractura, basándose en la capacidad regeneradora del mismo, comienza con la formación de un callo óseo reparativo tras la producción de una fractura, la tensión generada por la separación de los fragmentos óseos va a dar lugar a un estímulo continuo para la formación de hueso nuevo.

En el presente caso clínico se utilizó un aparato tipo Hyrax dentosoportado que brinda la estabilidad adecuada para soportar las fuerzas de tracción controlada durante la distracción osteogénica,

esta técnica ofrece la posibilidad de realizar la expansión del maxilar sin riesgo de provocar necrosis o malunión de los segmentos maxilares, estimulando la neoformación ósea y de los tejidos blandos adyacentes, proporciona un tratamiento adecuado, de bajo costo, que evita la extracción de órganos dentarios, facilitando así el tratamiento ortodóntico prequirúrgico y brindando estabilidad oclusal postoperatoria que reduce importantemente los índices de recidiva.

Bibliografía

1. Sección IX, capítulo 57 - Sociedad Española de Cirugía Oral y www.secom.org/wp-content/uploads/2014/01/seccion.ix_.capitulo57.pdf.
2. Armando Orozco de la Huerta, Mª Iliana Picco Díaz, José Manuel González MontelongoII (2009). Distracción osteogénica maxilar transversa con aparato Hyrax intraoral dentosoportado: Presentación de un caso clínico. Revista odontológica Mexicana, vol. 13, Núm. 3, pp. 152-157.
3. Habib Barhoum, María del Pilar León, Neftalí Joaquín Benjumea. Paciente con labio y paladar fisurado bilateral, mordida cruzada anterior y con severa compresión maxilar tratado con ortodoncia temprana, Hyrax y cirugía ortognática monomaxilar. Reporte de caso. Rev. Estomatol. 2016; 24(1):30-36.
4. Machado, R., Bastidas M., Arias E. Quirós O., (2012). Disyunción Maxilar con la utilización del Expansor tipo Hyrax en pacientes con Labio y Paladar Hendidos. Revisión de la Literatura, Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría, depósito legal nº: pp200102CS997 - ISSN: 1317-5823.

Capítulo 83

Donación de Sangre en España

Fernández Rodríguez, María de las Nieves

Jiménez Hernández, Marta

Donación de sangre en España

Maria de las Nieves Fernández Rodríguez / Marta Jímenez Hernández

Introducción

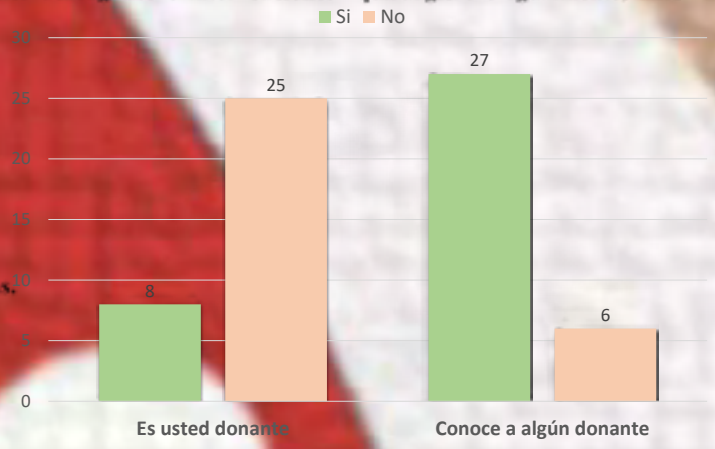
La donación de sangre es un procedimiento medico por el cual a una persona se le realiza una extracción de sangre para transfundírsela a otra persona o para fraccionarla. Es un proceso sencillo con una mínima molestia a la hora de la punción y sin efectos adversos significantes.

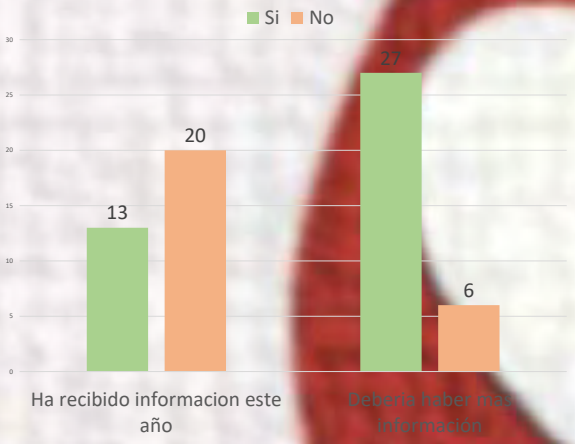
En España la donación de sangre es voluntaria y altruista. El proceso es sencillo; solo hay que acudir a un centro de donación, sin cita previa, y con el DNI (o documento equivalente), dura alrededor de 20 minutos, aunque las donaciones por aféresis requiere mas tiempo; y apenas causa dolor. Durante el proceso se extraen 450cc que es lo máximo para una persona de 50kg.

Cada día se realizan 6000 transfusiones de sangre en España y según la pagina web del SESCAM son necesarias 300 donaciones diarias para cubrir las necesidades de Castilla-La Mancha. Se estima que al año hay 36,6 donaciones por cada 1000 habitantes, cifra insuficiente a pesar de que España esta por encima en la media europea de donantes de sangre.
La sangre procedente de estas donaciones sedestina altratamiento de distintos tipos de cáncer, en enfermedades que producen anemia, en actos médicos como trasplantes de órganos e intervenciones quirúrgicas e Igualmente, ante accidentes, hemorragias y quemaduras.

Muestra y método

Se hizo un estudio anónimo, transversal con la intención de saber la implicación de un grupo de usuarios de una comunidad online procedente de distintas comunidades autónomas en las donaciones de sangre, se habilito una plataforma durante 3 meses para que de forma voluntaria y respetando la privacidad de cada usuario pudieran responder a la encuesta, tras este periodo se consiguió una muestra de 33 respuestas.





Resultados

De los encuestados un 73% respondieron que no eran Donantes de órganos y solo un 27% dijeron ser donantes habituales, sin embargo el 83% si conocía algún donante habitual, además de los participantes el 54,5% declaro tener a algún familiar u haber sido ellos mismos sujetos a una transfusión sanguínea en algún momento de su vida.
Debido a la diferencia entre las donaciones necesarias frente a las que se estiman que se hacen anualmente en España y la incongruencia de el dato de donantes habituales que hay se pregunto a los participantes si habían recibido o visto algún tipo de información sobre alguna campaña de donación de sangre en su comunidad autónoma en el ultimo año solo el 40% respondieron afirmativamente, y de echo el 81,8% consideraba que debería haber mas información al respecto; aunque el 18,2% creían que la información dada actualmente por su comunidad autónoma es suficiente.
Para terminar se les pregunto si creían que una mayor información respecto al tema y mas propaganda de las recolectas de sangre harían que aumentara la participación en estas tanto de ellos como de conocidos no donantes el 54,5% respondieron que no.

Conclusión

España esta por encima de la media europea en cuanto a donantes de sangre habituales, aun así la media de donantes con la que contamos no alcanza lo necesario para cubrir las necesidades anuales, cosa que se ve reflejado también en el estudio, donde solo un 27% de los encuestados tomaban parte en campañas de donaciones de sangre. A pesar de esto la donación de sangre es un proceso prácticamente indoloro que solo toma 20 minutos del tiempo del donante y sin ningún efecto secundario.



A pesar de las distintas campañas tanto de organizaciones como gubernamentales que hay periódicamente a lo largo del año por diversas vías de comunicación, solo un 40% de los encuestados les había llegado información y se pide mas información al respecto.

Aun así un incremento de información no supondría mas participación en las campañas de donación.

Resumen: *La donación de sangre es un procedimiento medico por el cual a una persona se le realiza una extracción de sangre para transfundírsela a otra persona o para fraccionarla. Es un proceso sencillo con una mínima molestia a la hora de la punción y sin efectos adversos significantes.*

Se hizo un estudio anónimo, transversal con la intención de saber la implicación de un grupo de usuarios de una comunidad online procedente de distintas comunidades autónomas en las donaciones de sangre.

Palabras Clave: *Blood donors; Spain; surveys and questionnaires.*

Introducción

La donación de sangre es un procedimiento medico por el cual a una persona se le realiza una extracción de sangre para transfundírsela a otra persona o para fraccionarla. Es un proceso sencillo con una mínima molestia a la hora de la punción y sin efectos adversos significantes.

En España la donación de sangre es voluntaria y altruista. El proceso es sencillo; solo hay que acudir a un centro de donación, sin cita previa, y con el DNI (o documento equivalente), dura alrededor de 20 minutos, aunque las donaciones por aféresis requiere mas tiempo; y apenas causa dolor. Durante el proceso se extraen 450 cc que es lo máximo para una persona de 50 kg.

Cada día se realizan 6000 transfusiones de sangre en España y según la pagina web del SESCAM son necesarias 300 donaciones diarias para cubrir las necesidades de Castilla-La Mancha. Se estima que al año hay 36.6 donaciones por cada 1000 habitantes, cifra insuficiente a pesar de que España esta por encima en la media europea de donantes de sangre.

La sangre procedente de estas donaciones se destina al tratamiento de distintos tipos de cáncer, en enfermedades que producen anemia, en actos médicos como trasplantes de órganos e intervenciones quirúrgicas e igualmente, ante accidentes, hemorragias y quemaduras.

Muestra y método

Se hizo un estudio anónimo, transversal con la intención de saber la implicación de un grupo de usuarios de una comunidad online procedente de distintas comunidades autónomas en las donaciones de sangre, se habilitó una plataforma durante 3 meses para que de forma voluntaria y respetando la privacidad de cada usuario pudieran responder a la encuesta, tras este periodo se consiguió una muestra de 33 respuestas.

De los encuestados un 73 % respondieron que no eran donantes de órganos y solo un 27 % dijeron ser donantes habituales, sin embargo el 83 % sí conocía algún donante habitual, además de los participantes el 54,5 % declaró tener a algún familiar u haber sido ellos mismos sujetos a una transfusión sanguina en algún momento de su vida.

Debido a la diferencia entre las donaciones necesarias frente a las que se estiman que se hacen anualmente en España y la incongruencia del dato de donantes habituales que hay se preguntó a los participantes si habían recibido o visto algún tipo de información sobre alguna campaña de donación de sangre en su comunidad autónoma en el ultimo año. Solo el 40 % respondieron afirmati-

ISBN: 978-84-949197-6-3

vamente, y de hecho el 81,8 % consideraba que debería haber mas información al respecto; aunque el 18,2% creían que la información dada actualmente por su comunidad autónoma es suficiente.

Para terminar se les preguntó si creían que una mayor información respecto al tema y más propaganda de las recolectas de sangre harían que aumentara la participación en estas tanto de ellos como de conocidos no donantes el 54,5 % respondieron que no.

Conclusión

España está por encima de la media europea en cuanto a donantes de sangre habituales, aún así la media de donantes con la que contamos no alcanza lo necesario para cubrir las necesidades anuales, cosa que se ve reflejada también en el estudio, donde solo un 27 % de los encuestados tomaban parte en campañas de donaciones de sangre. A pesar de esto la donación de sangre es un proceso prácticamente indoloro que solo toma 20 minutos del tiempo del donante y sin ningún efecto secundario.

A pesar de las distintas campañas tanto de organizaciones como gubernamentales que hay periódicamente a lo largo del año por diversas vías de comunicación, solo un 40 % de los encuestados les había llegado información y se pide más información al respecto.

Aun así un incremento de información no supondría más participación en las campañas de donación.

Bibliografía

1. ¿Puedo donar si...? - Centro de Donación de Sangre de Cruz Roja [Internet]. Centro de Donación de Sangre de Cruz Roja. [cited 20 June 2019]. Available from: http://www.donarsangre.org/puedo-donar-si/.
2. Hazte Donante | Servicio de Salud de Castilla-La Mancha [Internet]. Sescam.castillalamancha.es. [cited 20 June 2019]. Available from: https://sescam.castillalamancha.es/ciudadanos/hazte-donante.
3. Disponibilidad y seguridad de la sangre a nivel mundial [Internet]. Who.int. 2019 [cited 20 June 2019]. Available from: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/blood-safety-and-availability.

Capítulo 84

Educación nutricional en hemodiálisis

Almodóvar Mozos, Francisco
Chaves Ramos, Laura
Hernández Arenas, Ángel José
García García, Ángel
Zarca Cano, María
Ruiz González, Flor María

EDUCACIÓN NUTRICIONAL EN HEMODIÁLISIS.

INTRODUCCIÓN

En pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (ERC) estadios (4-5) en tratamiento con hemodiálisis, uno de los factores fundamentales para conseguir una mayor efectividad del tratamiento es la alimentación, además de mejorar la calidad de vida y prevenir las complicaciones derivadas del exceso o defecto de algunos micronutrientes que se acumulan en el organismo.

Los pacientes renales no son capaces por sí mismos de eliminar las sustancias de deshecho que se generan de la alimentación, ni los líquidos que se ingieren, por lo tanto es fundamental seguir unas recomendaciones para controlar los minerales que se encuentran en los alimentos (sodio, fósforo, potasio) y prevenir posibles complicaciones como pueden ser: hiperpotasemia, hipertensión, calambres, prurito, edemas e incluso parada cardio-respiratoria.

OBJETIVO

1) Actualización de las recomendaciones nutricionales para pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, así como el buen manejo de técnicas culinarias para reducir en un alto porcentaje de las sustancias nocivas presentes en los alimentos.
2) Conseguir una mejoría en la adherencia a las medidas higiénico-dietéticas de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica avanzada (estadio 4-5) en tratamiento con hemodiálisis.



MATERIAL Y MÉTODOS

La población de referencia son los pacientes de la unidad de hemodiálisis del Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGUCR) con un rango entre 35 y 84 años.

Se ha realizado una revisión bibliográfica en el metabuscador Google Academy de las distintas guías dedicadas al paciente renal sobre la alimentación en cuanto a los micro nutrientes anteriormente mencionados.

Las guías que hemos escogido para la elaboración de este trabajo son las referentes a la Comunidad Valenciana, Osakidetza (País Vasco), guía de la SEDEN, Murcia y el libro de tabla de composición de alimentos.



RESULTADOS

Después de revisar las guías anteriormente expuestas, se llega a la conclusión de que llevando a cabo unas medidas higiénico-dietéticas se consigue controlar la ingesta de minerales, así como intentar disminuirlos a través de distintas formas de cocinado.

Merece especial atención las siguientes clases de alimentos a la hora de cocinarlos, ya que en alguno de ellos se necesita una doble cocción para conseguir una eliminación máxima de la cantidad de potasio.

- Las legumbres; se recomienda tenerlas en remojo entre 12-24h y realizar una doble cocción.
- Las verduras; se recomienda comprarlas congeladas, y si son frescas se deben congelar, habiendo realizado una cocción rápida. A la hora de consumirlas realizar una doble cocción y saltearlas para reducir lo máximo posible la cantidad de agua.
- Las hortalizas (patatas); se recomienda cortarlas en pequeños trozos para poder eliminar la mayor cantidad de potasio, ponerlas en remojo y realizar doble cocción.
- Carnes y pescados; no se recomienda utilizar el horno ni el microondas, mejor a la plancha o guisado sin consumir el caldo.
- Sal; se recomienda sustituirla por especies (aunque su contenido en potasio sea alto, utilizar poca cantidad) para dar otro sabor, ya que la sal que se utiliza tiene alto contenido en potasio.

El fósforo es un mineral que se encuentra naturalmente en muchos alimentos y que también se añade a muchos alimentos procesados.

Aumentando el riesgo de sufrir enfermedad cardiaca, debilidad ósea, dolor articular e incluso muerte en pacientes con Enfermedad Renal Crónica.

Como casi todos los alimentos contienen fósforo, la mejor manera es eliminar aquellos alimentos con contenido más alto en fósforo, como los siguientes:

- Comidas rápidas y alimentos envasados y precocinados.
- Quesos procesados (queso americano y queso para untar).
- Carnes frescas o congeladas que tienen sabor o líquidos añadidos para mantenerlas húmedas.
- Refrescos cola, muchas aguas saborizantes, tés en botella, bebidas energéticas o para deportistas, muchas mezclas de bebidas en polvo, cerveza y vino.



CONCLUSIONES

La modificación de los hábitos alimentarios de los pacientes en hemodiálisis puede mejorar su calidad de vida y prevenir una serie de complicaciones a través de la buena educación sanitaria, así como una mejor adaptación a las sesiones de hemodiálisis, ya que se evitarían una secuencia de problemas como son; mareos, náuseas e hipotensión.

Resumen: *En la hemodiálisis uno de los factores fundamentales para conseguir una mayor efectividad en el tratamiento es la alimentación junto con la medicación y la diálisis para tener una buena calidad de vida. De esta manera se consigue prevenir una serie de complicaciones que son derivados del exceso o el defecto de algunos micronutrientes que se acumulan en el organismo.*

Los pacientes renales debido a su enfermedad no son capaces por sí mismos de eliminar las sustancias de deshecho que se generan en la alimentación ni los líquidos que se ingieren, por ello, tienen que seguir una serie de recomendaciones.

Palabras Clave: *Alimentación; educación; nutrientes.*

Material y métodos

Para este trabajo tomamos como referencia los pacientes de la unidad de hemodiálisis del Hospital General Universitario de Ciudad Real con un rango entre 35 y 84 años.

Se realiza una revisión bibliográfica en el metabuscador Google Academy de las distintas guías dedicadas al paciente renal sobre alimentación.

Objetivos

Distinguimos 2 claros objetivos:

1) Actualización de las recomendaciones nutricionales para pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, así como el buen manejo en técnicas culinarias para reducir en un alto porcentaje las sustancias nocivas presentes en los alimentos.

2) Conseguir una mejoría en la adherencia a las medidas higiénico-dietéticas de los pacientes con Insuficiencia Renal avanzada (estadios 4-5) en tratamiento con hemodiálisis.

Resultados

Haremos una mención especial a la siguiente clase de alimentos a la hora de cocinarlos, ya que en alguno de ellos se necesita una doble cocción para conseguir una eliminación máxima de la cantidad de potasio.

- Legumbres: Se recomienda 12-24h en remojo y doble cocción.

- Verduras: Se recomienda comprarlas congeladas, si son frescas se deben congelar después de una cocción rápida. A la hora de consumir realizar doble cocción y saltearlas para eliminar la máxima cantidad de agua.

- Hortalizas (patatas): Se recomienda cortarla en trozos pequeños para eliminar la máxima cantidad de potasio, ponerlas en remojo y doble cocción.

- Carnés y pescados: No se recomienda al horno, ni al microondas, mejor a la plancha o guisado sin consumir el caldo.

ISBN: 978-84-949197-6-3

- Sal: Se recomienda sustituirla por especies.

Merece especial atención el fósforo, siendo un mineral que se encuentra en la mayoría de los alimentos y ademas se añade a muchos alimentos procesados.

Aumentando el riesgo de padecer enfermedad cardiaca, debilidad ósea, dolor articular e incluso muerte en pacientes con Enfermedad Renal Crónica.

Por todo ello se aconseja eliminar aquellos alimentos con alto contenido en fósforo, como los siguientes;

- Comidas rápidas y alimentos envasados y precocinados.

- Quesos procesados.

- Carnes frescas o congeladas.

- Refrescos de cola, muchas aguas saborizantes, tés en botellas, bebidas energéticas o para deportistas, muchas mezclas de bebidas en polvo, cerveza y vino.

Conclusión

Llegamos a la conclusión que la modificación de los hábitos alimentarios de los pacientes en hemodiálisis puede mejorar su calidad de vida y prevenir una serie de complicaciones a través de la buena educación sanitaria.

Bibliografía

1. Moreiras O, Carbajal A, Cabrera L, Cuadrado C, Tabla de composición de alimentos pirámide.
2. Rossolillo G. Comer y beber en la Enfermedad Renal Crónica Avanzada. Ed. Baxter. Seden 2003.
3. Ureña- Contreras MD. Dieta en Enfermedad Renal Crónica. “Cuida su riñón” Guía completa para pacientes renales 1º Ed. India. 2014. P. 203-211. Disponible en http://revistanefrologia.com//es-monografías-nefrología-día-artículo-manejo-nutricional-enfermedad-Renal-crónica.
4. Asociación de ayuda al Enfermo Renal. Guía de alimentación para pacientes renales (monografía en internet) Ed. ADAER. Disponible en http:// nefrosan.com/san/imagen/documentación/pdfs/att3ny9c.pdf. Osakidetza. Unidad de nefrología. Diálisis.

Capítulo 85

Efectividad de la dieta hiposódica en la gestante con preeclampsia

Martín-Portugués Muñiz, Jorge

Efectividad de la dieta hiposódica en la gestante con preeclampsia.

Introducción

La Preeclampsia se define como la aparición de hipertensión (TA>140/90) y proteinuria (>300mg/24 horas), después de las 20 semanas en una gestante anteriormente sana, aparezcan o no edemas. La preeclampsia se considerará grave, cuando la tensión arterial sistólica o diastólica superan los valores de 160 y/o 110 respectivamente, cuando la proteinuria es superior a 2 g/24 horas, o aparecen signos de afectación del SNC, síndrome de HELLP, de insuficiencia cardíaca o renal.

La hipertensión es un factor de riesgo importante de las enfermedades cardiovasculares. Los datos indican que la reducción de la ingesta de sodio reduce significativamente la tensión arterial en los adultos. La OMS recomienda reducir el consumo de sodio en los adultos a menos de 2 g/día (5 g/día de sal), sin embargo, la necesidad de indicación de reducción del contenido de sodio en la dieta en gestantes con preeclampsia, no está del todo clara.

Objetivos

Estudiar la influencia de la restricción de sodio en la dieta sobre la mujer gestante con preclampsia mediante la revisión de la evidencia científica disponible.

Material y Método

Criterios de Inclusión

Mujeres embarazadas con preeclampsia.
Sin restricción en las fechas de publicación.
Tratamiento basado en la dieta hiposódica.
Artículos en español e inglés.

Criterios de Exclusión

Estudios que excluyan la dieta en el tratamiento.
Estudios que no expongan la preclampsia.

Estrategia de búsqueda

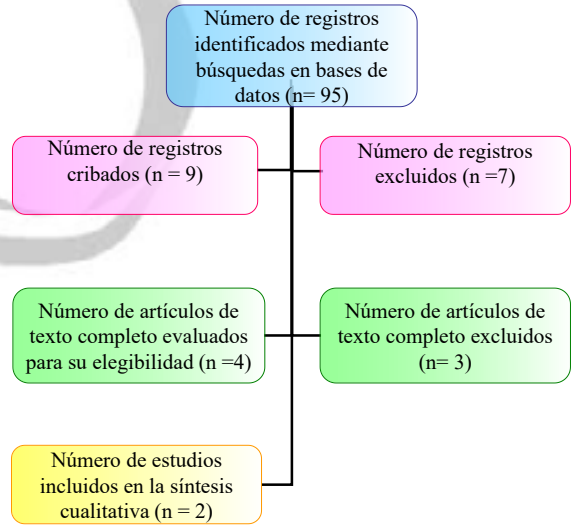
Se realiza una búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos entre los meses de Enero a Marzo del año 2019 en español e inglés o traducciones al inglés usando operadores booleanos “and”.

Bases de datos:

Google Académico: 70 artículos.
Cochrane: 15 artículos.
Pubmed: 10 artículos.
Palabras clave: Preeclampsia / Dieta Hiposódica / Baja en Sodio / Sodium-restricted / (preeclampsia) AND Sodium-Restricted / Hypertension, Pregnancy-Induced/classification / Pregnancy-Induced/prevention & control. / Hypertension, Pregnancy-Induced/therapy.

Resultados

Estudio	Diseño	n	Resultado
Pubmed Unger C. y Col. 1998	Retrospectivo	160	No existe evidencia clara que relacione la dieta baja en sal con el beneficio sobre la preclampsia. Podría provocar hiponatremia en el recién nacido.
Cochrane Duley L. y Col. 2005	Retrospectivo	603	Se comparó la dieta hiposódica con una dieta normal en el embarazo. No existe una correlación significativa (RR 1,11; IC del 95%: 0,46 a 2,66) con la ingesta reducida de sal durante el embarazo



Conclusiones

- La dieta hiposódica no mostró ser beneficiosa en mujeres gestantes con preeclampsia.
- La evidencia disponible sugiere efectos negativos para la salud del recién nacido.
- Hasta que exista una evidencia más sólida basada en metaanálisis, no se debería recomendar sistemáticamente la dieta hiposódica en gestantes con preeclampsia.

Resumen: *La Preeclampsia es la aparición de hipertensión (TA>140/90) y proteinuria (>300mg/24 horas), después de las 20 semanas en una gestante. Se considerará grave, cuando la tensión arterial sistólica o diastólica superan los valores de 160 y/o 110 respectivamente, cuando la proteinuria es superior a 2 g/24 horas, o aparecen signos de afectación orgánica grave.*

Para reducir las cifras de tensión arterial, en un adulto, la OMS recomienda reducir el consumo de sodio a menos de 2 gramos al día; los últimos estudios concluyen que esto no ocurre en embarazadas e incluso puede afectar a la salud del futuro recién nacido.

Palabras Clave: *sodium-restricted; preeclampsia; hipertensión.*

Introducción

La Preeclampsia se define como la aparición de hipertensión (Tensión Arterial>140/90) y proteinuria (>300mg/24 horas), después de las 20 semanas en una gestante anteriormente sana, aparezcan o no edemas. La preeclampsia se considerará grave en una gestante anteriormente sana, cuando la tensión arterial sistólica o diastólica superan los valores de 160 y/o 110 respectivamente, cuando la proteinuria es superior a 2 g/24 horas, o aparecen signos de afectación del SNC (hiperreflexia, cefaleas, alteraciones visuales...), de Síndrome HELLP (plaquetopenia, elevación de enzimas hepáticos y hemólisis), de insuficiencia cardíaca o insuficiencia renal. (1)

La hipertensión es un factor de riesgo importante de las enfermedades cardiovasculares. Los datos indican que la reducción de la ingesta de sodio reduce significativamente la tensión arterial en los adultos. La OMS recomienda reducir el consumo de sodio en los adultos a menos de 2 g/día (5 g/día de sal), sin embargo, la necesidad de indicación de reducción del contenido de sodio en la dieta en gestantes con preeclampsia no está del todo clara.

Objetivos

Estudiar la influencia de la restricción de sodio en la dieta sobre la mujer gestante con preclampsia mediante la revisión de la evidencia científica disponible.

Material y método

Criterios de inclusión

- Mujeres embarazadas con preeclampsia.
- Sin restricción en las fechas de publicación.
- Tratamiento basado en la dieta hiposódica.
- Artículos en español e inglés.

Criterios de exclusión

- Estudios que excluyan la dieta en el tratamiento.
- Estudios que no expongan la preclampsia.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Estrategia de búsqueda

Se realiza una búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos entre los meses de Enero a Marzo del año 2019 en español e inglés o traducciones al inglés usando operador booleano “and”.

Bases de datos

- Google Académico: 70 artículos.
- Cochrane: 15 artículos.
- Pubmed: 10 artículos.

Palabras clave: Preeclampsia / Dieta Hiposódica / Baja en Sodio / Sodium-restricted / (preeclampsia) AND Sodium-Restricted / Hypertension, Pregnancy-Induced/classification / Pregnancy-Induced/prevention & control. / Hypertension, Pregnancy-Induced/therapy.

Resultados

1. Estudio con fuente en Pubmed; autores: Unger C y Col. 1998. Estudio retrospectivo sobre 160 personas; se obtuvo la conclusión de que No existe evidencia clara que relacione la dieta baja en sal con el beneficio sobre la preclampsia incluso puede provocar hiponatremia en el recién nacido.
2. Estudio con fuente en Cochrane; autores: Duley L y Col. 2005. Estudio retrospectivo sobre 603 personas; so concluyó que al comparar la dieta hiposódica con una dieta normal en el embarazo. No existe una correlación significativa (RR 1,11; IC del 95%: 0,46 a 2,66) con la ingesta reducida de sal durante el embarazo.

Conclusiones

- La dieta hiposódica no mostró ser beneficiosa en mujeres gestantes con preeclampsia.
- La evidencia disponible sugiere efectos negativos para la salud del recién nacido.
- Hasta que exista una evidencia más sólida basada en metaanálisis, no se debería recomendar sistemáticamente la dieta hiposódica en gestantes con preeclampsia.

Bibliografía

1. Cararach Ramoneda, V. y Botet Mussons, F. Preeclampsia. Eclampsia y síndrome HELLP. Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia. Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. 2008.
2. Duley L, Henderson-Smart DJ, Meher S. Altered dietary salt for preventing pre-eclampsia, and its complications. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 4. Art. No.: CD005548.
3. Unger C. Biedermann K. Szloboda J. Wyss P. Huch A. Concentración de sodio y preeclampsia: ¿tiene valor la restricción de sal?. Zurich. 1998; 202 (3): 97-100.

Capítulo 86

Efectos de la actividad física durante el embarazo

Lozano Miñano, Beatriz

Cañaveras Gavilán, Cristina

López Fernández, Raquel

EFECTOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE EL EMBARAZO

INTRODUCCIÓN

Cada vez existe mayor evidencia acerca de los beneficios del ejercicio físico para la salud de las embarazadas: Los patrones de actividad física cambian a lo largo del embarazo, de manera segura tanto para la madre como para el feto.

La mayoría de las mujeres, reducen su nivel de actividad durante las primeras semanas de embarazo, en duración, frecuencia e intensidad.

Los profesionales de la salud son responsables de animar a las mujeres embarazadas para que inicien o continúen realizando actividad física durante el embarazo.

En la actualidad, el Congreso Americano de Ginecólogos y Obstetras (ACOG) recomienda a las mujeres embarazadas de bajo riesgo realizar ejercicio moderado, durante al menos 30 minutos tres veces por semana.



OBJETIVOS

Evidenciar los efectos beneficiosos de realizar actividad física en las mujeres embarazadas, no sólo para su salud sino también para la del feto.

MATERIAL Y MÉTODO

- Revisión Sistemática de artículos encontrados en las bases de datos PEDro, PubMed y Scopus desde el año 2010.
- Palabras clave: Embarazo, Ejercicio físico, Diabetes Mellitus Gestacional, Calidad de Vida, HTA, Obesidad, ejercicio aeróbico.

COMPLICACIONES

- Alteraciones en el metabolismo; sobrepeso, diabetes mellitus gestacional, HTA-Preeclampsia
- Algias en zona dorsal, lumbar, intercostal y en articulaciones sacroiliacas.
- Disnea de esfuerzo.
- Edemas en Miembros inferiores.
- Calambres musculares.

RESULTADOS

- El ejercicio físico, junto con la dieta, es la estrategia fundamental para evitar el sobrepeso y/o controlarlo durante el embarazo.
- Además, del control del IMC, la realización de actividad física en embarazadas supone numerosos beneficios:
  - ✓ Aumento de la capacidad cardiorespiratoria.
  - ✓ Efectos hormonales y metabólicos.
  - ✓ Disminución de algias musculoesqueléticas.
  - ✓ Prevención de la incontinencia urinaria, diabetes gestacional e HTA y preeclampsia.
  - ✓ Mejora el sentimiento de bienestar y la auto-imagen.
  - ✓ Se disminuye la incidencia de tener un parto instrumentalizado, incluso en mujeres obesas.
- El embarazo se considera una etapa ideal para realizar cambios en el comportamiento, al mostrarse más receptivas a los mensajes que conciernen a la salud.

INTERVENCIÓN

Realización de ejercicio aeróbico, dentro o fuera del agua.

- Intensidad moderada, con control de la frecuencia cardiaca, sin superar el 50-55% de la frecuencia cardiaca máxima teórica.
- 50 min por sesión -3 sesiones/semana
  -Calentamiento inicial: 10 min
  -Parte central: ejercicio aeróbico/trabajo del suelo pélvico: 30 min.
  -Vuelta a la calma: 10 min.
- No realizar posiciones forzadas, ni mantener excesivamente los tiempos del estiramiento.
- Evitar elevadas temperaturas ambientales y ambientes muy húmedos.
- Disminuir el volumen y la Intensidad de los ejercicios hacia las dos últimas semanas de gestación.



CONCLUSIONES

❖ En embarazos de bajo riesgo, la realización del ejercicio físico como parte integrante de un estilo de vida saludable, antes, durante y después del embarazo, implica importantes beneficios globales: mejora de la condición física, bienestar emocional, reducción del estrés y la ansiedad, entre otros.

❖ Por ello, es importante que los profesionales de la salud animen a todas las mujeres embarazadas de bajo riesgo a realizar una actividad física regular, para prevenir o atenuar las posibles complicaciones del embarazo.

XI CONGRESO DE INVESTIGACIÓN
ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA

SATSE Sindicato de Enfermería

Resumen: *A pesar de que existe una clara relación entre una actividad física moderada en mujeres embarazadas y unos beneficios para la salud claros, tanto para la madre como para el feto, en los últimos años, los patrones de actividad física han cambiado, viéndose reducida dicha actividad, sobre todo durante el primer trimestre del embarazo.*

Dado que las mujeres gestantes son más receptivas a los mensajes que conciernen la salud, los profesionales sanitarios serán responsables de animar e incentivar conductas saludables en mujeres embarazadas, incluyendo la realización de una actividad física moderada en mujeres que cursen con un embarazo sin complicaciones.

Palabras Clave: *Embarazo; ejercicio; estilo de vida saludable.*

Introducción

Cada vez existe mayor evidencia acerca de los beneficios del ejercicio físico para la salud. Los patrones de actividad física en mujeres embarazadas cambian a lo largo del embarazo, a pesar de que el ejercicio físico es seguro para ambos, tanto para la madre como para el feto. La mayoría de las mujeres, reducen su nivel de actividad durante las primeras semanas de embarazo. Concretamente, la actividad física tiende a reducirse en duración, frecuencia e intensidad. Por lo tanto, los profesionales de la salud son responsables de animar a las mujeres embarazadas para que inicien o continúen realizando actividad física durante el embarazo, siempre y cuando éste se desarrolle dentro de la normalidad.

Objetivo

En la actualidad, el Congreso Americano de Ginecólogos y Obstetras (ACOG) recomienda a las mujeres embarazadas de bajo riesgo realizar ejercicio moderado, durante al menos 30 minutos al día la mayoría, o incluso todos los días de la semana(1).

La evidencia sugiere que la actividad física en embarazadas ha disminuido significativamente durante el último medio siglo, en relación con un aumento importante en la prevalencia de ganancia de peso en exceso en embarazadas (2).

Realizar actividad física es un requisito absoluto para el control metabólico y la relación nutriente/energía entre la madre y el feto es un determinante para el desarrollo del parto. Cualquier perturbación en el metabolismo de la madre (sobrepeso, disminución del control glucémico, etc) puede inducir patologías significativas. Una ganancia excesiva de peso durante el embarazo está asociada con complicaciones materno-fetales importantes.

Resultados y conclusiones

El ejercicio, definido y planificado, estructurado y con movimientos repetitivos, con el objetivo, de mejorar, o mantener la condición física, ha sido identificado, junto con la dieta, como una solución potencial contra la ganancia excesiva de peso en embarazadas, debido a sus efectos profundos en el metabolismo energético (como por ejemplo el control glucémico) y puede ser integral en el control del peso durante el embarazo.

ISBN: 978-84-949197-6-3

A pesar de la poca evidencia existente entre la relación dosis de ejercicio- ganancia de peso durante el embarazo, sí queda demostrado que el ejercicio durante el embarazo evita una ganancia de peso excesiva. No se producen daños ni para la madre ni para el feto relacionadas con el ejercicio, lo que demuestra que la realización de actividad física es un comportamiento relativamente sano para aquellas mujeres que no tengan un embarazo de alto riesgo. Además, de para la ganancia de peso durante el embarazo, la realización de actividad física en embarazadas conlleva numerosos beneficios para la salud de ambos, madre y feto (3).

Entre los beneficios para la madre se encuentran control de ganancia de peso durante el embarazo, mejoría de la capacidad cardio-respiratoria, disminución de molestias como puede ser el dolor lumbar o a nivel del anillo pélvico, incontinencia urinaria, prevención de la diabetes gestacional, hipertensión relacionada con el embarazo y preclampsia, mejora el sentimiento de bienestar, la auto-imagen y el humor así como un trabajo de parto menor en mujeres que comienzan el trabajo de parto espontáneamente y disminuye la incidencia de tener un parto instrumentalizado, incluso en mujeres obesas.

El embarazo se considera una etapa ideal para realizar cambios en el comportamiento. Y existen estudios que muestran que las mujeres embarazadas son más receptivas a los mensajes que conciernen la salud(4). Por todo ello, se recomienda promocionar la realización de una actividad física y/o deporte durante el embarazo, usando recomendaciones de fuentes específicas y mensajes persuasivos escritos(5), para las mujeres embarazadas que no tengan contraindicaciones obstétricas.

Es evidente que el ejercicio físico tiene consecuencias beneficiosas tanto para la madre como para el feto. Tanto a nivel físico como psicológico y de la propia imagen y percepción de la mujer embarazada como en parámetros físicos demostrables relacionados con la salud del recién nacido. Por ello, es importante que los profesionales de la salud animen a todas las mujeres embarazadas de bajo a riesgo a realizar una actividad física regular.

Bibliografía

1. ACOG Committee Opinion No 650. Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period. Obstet Gynecol. 2015;126:e135–e142.
2. Nascimento SL, Surita FG, Godoy AC, Kasawara KT, Morais SS. Physical Activity Patterns and Factors Related to Exercise during Pregnancy: A Cross Sectional Study. PLoSOne. 2015 Jun 17;10(6):e0128953.
3. McDonald SM, Liu J, Wilcox S, Lau EY, Archer E. Does dose matter in reducing gestational weight gain in exercise interventions? A systematic review of literature. Journal of Science and Medicine in Sport 2016 Apr;19(4):323-335.
4. Haakstad LAH, Vistad I, Sagedal LR, Lohne-Seiler H, Torstveit MK. How does a lifestyle intervention during pregnancy influence perceived barriers to leisure-time physical activity? The Norwegian Fit for Delivery study, a randomized controlled trial. BMC Pregnancy and Childbirth 2018 May 3;18(127):Epub.
5. Gaston A, Cramp A, Prapavessis H. Enhancing self-efficacy and exercise readiness in pregnant women. Clinical trial. Psychology of Sport and Exercise 2012 Sep;13(5):550-557.

Capítulo 87

Efectos extra-glucémicos de terapias incretínicas en pacientes con DM2 y obesidad

García Seco, José Alberto

Seco Segura, Ángela María

EFECTOS EXTRA-GLUCÉMICOS DE TERAPIAS INCRETÍNICAS EN PACIENTES CON DM2 Y OBESIDAD

INTRODUCCIÓN - Los sujetos con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) presentan una prevalencia superior al 60% en la hipertensión arterial (HTA) lo que se asocia con el aumento de la mortalidad cardiovascular por cardiopatía isquémica y accidente cerebrovascular, a la que vez que acelera la nefropatía diabética. A su vez, el descenso de la tensión arterial (TA) conlleva una importante reducción (32-44%)de estas patologías. En la actualidad se establecen, en estos pacientes, objetivos terapeúticos compuestos en los que, además de incluirse el control glucémico, se consideran cambios en la TA, entre otros. Terapias como los agonistas del receptor del GLP-1 basadas en el efecto incretina, producen además de efectos normoglucemiantes, otros extraglucémicos como la mejora de la HTA. Liraglutida y lixisenatida son dos principios activos que pertenecen a este grupo.

OBJETIVOS - Estudiar las diferencias en el efecto de liraglutida o lixisenatida sobre la TA tras 24 semanas de tratamiento en pacientes con DM2 y obesidad.

MATERIAL Y MÉTODOS - Estudio observacional prospectivo en pacientes con DM2 y obesidad, seguidos en las consultas externas de Endocrinología y Nutrición del Hospital General Universitario de Ciudad Real, durante un periodo de 6 meses. Los pacientes iniciaron tratamiento con liraglutida (n=50) o lixisenatida (n=50). Se analizó la variable TA con el mismo instrumento de medida y según técnicas estandarizadas en la práctica clínica habitual.

RESULTADOS - En ambos grupos de pacientes a las 24 semanas de tratamiento se objetivó una disminución significativa tanto de la presión arterial sistólica (PAS), como de la diastólica (PAD).

	Basal				Semana 24				DMC (IC 95 %; *P*)		
	Lira	Lixi	*P*	Total	Lira	Lixi	*P*	Total	Lira	Lixi	Total
PAS, mmHg	144 ± 20	141 ± 21	0,24	144 ±20	135 ± 16	132 ±17,4	0,4	133 ±16,5	-11; -17, -5; *P*<0,001	-9; -15, -4; *P*=0,002	-10; -14, -6; *P*<0,001
PAD, mmHg	84 ± 12	82 ± 13	0,42	83 ± 12	79 ± 10	76 ± 11	0,175	77 ± 10	-6; -9, -3; *P*<0,001	-6; -10, -3; *P*<0,001	-6; -8, -4; *P*<0,001



**Valores expresados en media ± DE. Lira, liraglutida; Lixi, lixisenatida; PAS, presión arterial sistólica; PAD, presión arterial diastólica.*

CONCLUSIONES - Nuestro trabajo confirma la eficacia de estas terapias incretínicas en la consecución de objetivos compuestos, extraglucémicos como la mejora de la TA, además del control glucémico en pacientes con DM2 y obesidad. Y por tanto en la reducción significativa de diferentes patologías cardiovasculares como demuestran los estudios de intervención existentes.

Mecanismos implicados en la enfermedad arterial en pacientes con DM2.



BIBLIOGRAFÍA

1. Peterson JC, Adler S, Burkart JM, Greene T, Hebert LA, Hunsicker LG et al. Blood pressure control, proteinuria, and the progression of renal disease. The Modification of Diet in Renal Disease Study. Ann Intern Med 1995; 123: 754-62.

2. Dahlöf B, Devereux RD, Kjeldsen SE, Julius S, Beevers G, de Faire U and LIFE study group Cardiovascular morbility and mortality in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomized trial against atenolol. Lancet 2002; 359: 995-1003.

3. Klonoff DC, Buse JB, Nielsen LL, Guan X, Beowlus CL, Holcombe JH, et al. Exenatide effects on diabetes, obesity, cardiovascular risk factors and hepatic biomarkers in patients with type 2 diabetes treated for at least 3 years. Curr Med Res Opin. 2008; 24: 275-86.

Resumen: *Los agonistas del receptor del GLP-1 (arGLP-1) inducen acciones clínicas beneficionas fundamentalmente sobre el control glucémico y otros factores de riesgo cardiovascular, como la hipertensón arterial (HTA). Liraglutida y lixisenatida son dos principios activos pertenecientes a este grupo. El objetivo de este trabajo de investigacón fue estudiar las diferencias en la respuesta clínica, con respecto a la tensión arterial (TA) entre los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2)y obesidad tratados con liraglutida comparados con los que reciben terapia con lixisenatida tras seis meses de tratamiento en prática clínica habitual.*

Palabras Clave: *Agonistas del receptor del GLP-1; diabetes mellitus tipo 2; hipertensión arterial.*

Introducción

Los pacientes con DM2 tienen entre 2 Y 4 veces mayor riesgo de padecer enfermedad cardiovascular (ECV) con respecto a la población no diabética. Esta ECV en persona con DM2 es debida a múltiples factores y todos ellos deben ser abordados.

En este sentido, la hiperglucemia en si misma es un factor de riesgo, de tal modo que un incremento del 1% de la hemoglobina glicosilada (HbA1c) se asocia a un aumento del 18% de la ECV.

Pero sin duda, entre los principales factores de riesgo que intervienen en la aparición de la ECV en pacientes con DM2 están: La obesidad, relacionada con un aumento de la morbimortalidad cardiovascular. Hasta un 80 % de los pacientes presentan un índice de masa corporal superior a 27 kg/m^2 en el momento de ser diagnosticados de DM2.

La dislipemia, que afecta a la mitad aproximadamente de los pacientes con DM2. Los principales estudios han demostrado que el tratamiento para este factor de riesgo reduce el riesgo cardiovascular.

El tabaco, aunque la prevalencia de fumadores entre la población diabética es similar a la de la población general, este hábito empeora el pronóstico de la patología cardiovascular en pacientes con DM2, con una mortalidad 120 % superior con respecto a la población general.

Y por ultimo, la HTA, que en los sujetos con diabetes es muy frecuente, con una prevalencia superior al 60 %, asociada a un aumento de la mortalidad cardiovascular por cardiopatía isquémica y accidente cerebro vascular, a la vez que acelera especialmente la nefropatía diabética.

Los diferentes estudios sobre la HTA en la diabetes evidencian que un descenso de la TA conlleva una importante reducción entre el 32-44% de estas patologías.

En resumen, la ECV es la principal causa de morbimortalidad en sujetos con DM2 por lo que su prevención y adecuado tratamiento es primordial en el manejo de estos pacientes.

En la actualidad se establecen, en estos pacientes, objetivos terapeúticos compuestos en los que, además de incluirse el control glucémico, se consideran cambios en la TA, entre otros. Terapias como los arGLP-1 basadas en el efecto incretina, producen además de efectos normoglucemiantes, otros extraglucémicos como la mejora de la HTA.

Con respecto a las terapias incretínicas, en personas sanas se comprobó hace ya tiempo un fenómeno por el cual la administración de glucosa por vía oral producía una elevación superior, entre 2 y 3 veces, de los niveles plasmáticos de insulina con respecto a los alcanzados tras la administración de cantidades similares de glucosa por vía intravenosa a este fenómeno se le denominó efecto incretina. Esta poten-

ISBN: 978-84-949197-6-3

ciación de la secreción de insulina asociada a la vía oral se le atribuyó a unos péptidos, las incretinas, liberados a la circulación sistémica por células intestinales en respuesta a la ingesta de alimentos y que ejercen diversas acciones glucorreguladoras. Este efecto incretina es debido a hormonas, como el GLP-1.

En este sentido, el GLP-1 se une a su receptor específico GLP-1R distribuido ampliamente en diferentes partes del organismo como, páncreas, estómago, cerebro, corazón, tejido adiposo, pulmones, riñón, hígado y músculo, para producir su actividad biológica en estos territorios.

Entre sus efectos, están los normoglucemiantes y de los extraglucémicos, la mejora de los factores de riesgo cardiovascular, como la HTA.

Con el fin de imitar, los diferentes efectos beneficiosos del GLP-1, se han desarrollado distintas opciones de tratamiento, como los arGLP-1. Liraglutida y lixisenatida son dos principios activos que pertenecen a este grupo.

Objetivos

Estudiar las diferencias en el efecto de liraglutida o lixisenatida sobre la TA tras 24 semanas de tratamiento en pacientes con DM2 y obesidad.

Material y métodos:

Estudio observacional prospectivo en pacientes con DM2 y obesidad, seguidos en las consultas externas de Endocrinología y Nutrición del Hospital General Universitario de Ciudad Real, durante un periodo de 6 meses. Los pacientes iniciaron tratamiento con liraglutida (n=50) o lixisenatida (n=50). Se analizó la variable TA con el mismo instrumento de medida y según técnicas estandarizadas en la práctica clínica habitual.

Resultados

En ambos grupos de pacientes a las 24 semanas de tratamiento se objetivó una disminución significativa tanto de la presión arterial sistólica (PAS), como de la diastólica (PAD).

Conclusiones

Nuestro trabajo confirma la eficacia de estas terapias incretínicas en la consecución de objetivos compuestos, extraglucémicos como la mejora de la TA, además del control glucémico en pacientes con DM2 y obesidad. Y por tanto en la reducción significativa de diferentes patologías cardiovasculares como demuestran los estudios de intervención existentes.

Bibliografía

1. Peterson JC, Adler S, Burkart JM, Greene T, Hebert LA, Hunsicker LG et al. Blood pressure control, proteinuria, and the progression of renal disease. The Modification of Diet in Renal Disease Study. Ann Intern Med 1995; 123: 754-62.
2. Dahlöf B, Devereux RD, Kjeldsen SE, Julius S, Beevers G, de Faire U and LIFE study group Cardiovascular morbility and mortality in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomized trial against atenolol. Lancet 2002; 359: 995-1003.
3. Klonoff DC, Buse JB, Nielsen LL, Guan X, Beowlus CL, Holcombe JH, et al. Exenatide effects on diabetes, obesity, cardiovascular risk factors and hepatic biomarkers in patients with type 2 diabetes treated for at least 3 years. Curr Med Res Opin. 2008; 24: 275-86.

Capítulo 88

Eficacia del tratamiento de fisioterapia en la diastasis de rectos abdominales postparto. Revisión sistemática

Delegido Gómez, Emilia

Solís Sanz, María Mercedes

EFICACIA DEL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN LA DIÁSTASIS DE RECTOS ABDOMINALES POSTPARTO. REVISIÓN SISTEMÁTICA.





Introducción

La diástasis de rectos (DRAM) es una afección común en las mujeres durante el embarazo y el post-parto. Se define como una modificación en la línea alba y los rectos abdominales. Empieza en el último trimestre de embarazo, siendo su máxima incidencia inmediatamente después del nacimiento y las primeras semanas después del parto. Después del parto los músculos rectos no siempre vuelven a su posición natural.
Algunas publicaciones proponen que una distancia entre rectos (IRD) aumentada podría disminuir la fuerza abdominal y la integridad funcional, contribuyendo a la inestabilidad de la pelvis y dolor de espalda.

Objetivos

Sintetizar la evidencia científica que sustenta la efectividad de la Fisioterapia para la reducción de la DRAM e identificar ejercicios de reeducación abdominal que puedan servir como método preventivo.

Material y métodos

Revisión sistemática. Se ha realizado una búsqueda en PUBMED-Medline, Cochrane, PEDro y Scopus con los siguientes límites : "diástasis de rectos", "ejercicios abdominales", "fisioterapia", "distancia entre rectos", "postparto", texto completo, periodo de búsqueda 2005-actualidad y tipo de artículo (ensayos clínicos, estudios, observacionales, metaanálisis, guías clínicas, revisiones). Son excluidos aquellos artículos en los que el tratamiento es quirúrgico.

Resultados

Se encontraron 21 artículos, de ellos 11 son excluidos ya que relacionan la DRAM con sintomatología y no con la efectividad de los ejercicios fisioterápicos en la reducción de la IRD.
Tras el análisis de estos artículos, hemos encontrado que los ejercicios abdominales son muy efectivos para la reducción de la DRAM en el postparto temprano. Como tratamiento de Fisioterapia, hemos identificado ejercicios abdominales para reducir la DRAM. (Tabla 1) .

Referencia bibliográfica	Material y métodos	Objetivos	Resultados
Risk factors for diastasis of the recti abdominis. **Cándido G, Lo T, Janssen PA, et al**	Estudio prospectivo. N208, 48h tras el parto, con o sin DRAM, de grado normal, medio, moderado o severo	Evolución tras ejercicios de flexión ventral de tronco con piernas. Curl-up. Marcha regular y vigorosa	Correlación negativa entre la función abdominal y la IRD en los primeros 6 meses y tras estos la fuerza abdominal aumenta junto con la disminución de la IRD
The effects of a 6 week dynamic core stability plank exercise program compared to a traditional supine core stability strengthening program on diastasis recti abdominis closure, pain, oswestry disability index and pelvic floor disability index scores. **Walton L M et al.**	Estudio controlado aleatorizado. Mediciones pre y post prueba para las puntuaciones de DRAM, cuestionario de salud, PFDI y ODI. N100, edad 18-45años 3meses-3años postparto	Diferencia entre un programa de tratamiento tradicional de 6 semanas en comparación con un programa de tratamiento experimental que consiste en una rutina de ejercicios con tablones de estabilización del núcleo en el cierre de la DRAM.	El programa de fortalecimiento podría ser efectivo para reducir la medición de DRAM en mujeres después del parto puesto que mostraron una reducción significativa en la medición de la DRAM.
Effects of exercise on diastasis of the rectus abdominis muscle in the antenatal and postnatal periods. **Benjamin DR et al.**	Metanálisis . 8 Estudios. N336, periodo anterior y/o postnatal	Determinar si el ejercicio fisioterapéutico previene o reduce la DRAM mediante fortalecimiento abdominal/núcleo dirigido	El ejercicio durante el periodo prenatal redujo la DRAM en un 35%, y sugiere que el ancho de la DRAM puede reducirse haciendo ejercicio durante los períodos previos y postnatales.
Diastasis recti abdominis in pregnancy and postpartum period. **Mota P, Pascoal AG, Bo K.**	Revisión sistemática. N250, Mujeres con mayor número de embarazos y partos y mujeres nulíparas, todas con DRAM	Revisar críticamente la literatura sobre los factores de riesgo, las implicaciones funcionales y el efecto del ejercicio en DRAM.	La activación del transverso abdominal, podría proteger la línea alba, prevenir y reducir la DRAM, acelerando la recuperación. No tratar la DRAM de manera efectiva puede llevar a secuelas a largo plazo.
Abdominal exercises with bracing. Efficacy in reducing diastasis recti among postnatal females. **Acharry N et al.**	Estudio descriptivo. N30 (26,6%primíparas, 56,7%multíparas) Edad media 28,8. DRAM al mes después del parto	La correlación entre la DRAM durante y después del embarazo y la inestabilidad lumbopélvica y la debilidad del suelo pélvico.	Después de un régimen de ejercicios y esfuerzo, la DRAM se redujo.
Effects of exercise on diastasis recti abdominis among the primiparous women: a quasi-experimental study. **Mahalakshmi V et al.**	Diseño de estudio cuasi-experimental. N 96 (54 parto natural vs 42 cesárea). Rango de edad 19-42 años. DRAM tras parto.	Efectividad de los ejercicios correctivos, fortalecimiento, suelo pélvico y educación en biomecánica corporal y autovaloración para la DRAM durante 6 semanas. A partir del 3er día después del parto vaginal. Las de cesárea empezaron la 2ª semana.	Mejora significativa de la DRAM y disminución de la IRD. No hubo diferencias significativas comparando parto vaginal con cesárea. Los ejercicios correctivos realizados durante 6 semanas fueron eficaces. Las que realizaron ejercicios encontraron mejora respecto a las que usaron soporte abdominal post-natal.
The effects of an exercise program on diastasis recti abdominis in pregnant women. **Chiarello CM, Falzone LA, McCaslin KE.**	Diseño de estudio post-test cuasi-experimental. N18. (8 en programa de ejercicio, 10 no hacían ejercicio) Rango edad 18-42años. Medidas con calibrador a 4,5cm del ombligo, por encima y por debajo	Efectividad de la realización de ejercicios durante el embarazo para la prevención de la DRAM	La aparición y el tamaño de la DRAM es mucho mayor en mujeres embarazadas sin ejercicio que en mujeres embarazadas con ejercicio. El 90% de las mujeres embarazadas que no hacían ejercicio mostraban DRAM, y sólo el 12.5% de las mujeres que hacían ejercicio tenían la enfermedad.
Effects of abdominal exercises on reduction of diastasis recti in postnatal women. **Khandale SR, Hande D et al.**	Estudio experimental Intra-grupo pre-post tratamiento. N40. Postparto vaginal. DRAM>2dedos de ancho. Programa de ejercicios 30'/dia. 5 días/semana. 8 semanas	Efectividad de la realización de ejercicios en el puerperio temprano para la prevención de la DRAM	Los ejercicios abdominales son muy efectivos para reducir la DRAM en las mujeres durante el postparto temprano y en la IRD.
Efectos de diferentes ejercicios abdominales en la distancia interrectos. **Iria da Cuña Carrera et al.**	Estudio descriptivo observacional. N4 con DRAM (tras años del parto). Realización de hipopresivo básico en decúbito supino con los brazos a la altura de los hombros, versus abdominal clásico y activación de transverso y contracción de suelo pélvico.	Comparación de medidas, entre la IRD en reposo y la IRD durante los ejercicios.	El hipopresivo resulta el mejor ejercicio para la reducción de la IRD no produciendo efectos negativos como sería el aumento de esta distancia, lo cual sí sucede con la realización de abdominal clásico o activación de transverso + contracción de suelo pélvico en alguna de las participantes estudiadas.
Physioterapy in women with diastasis of the rectusbabdominis muscles.**Patrycja Żaneta Bobowik, Aneta Dąbek et al.**	Estudio grupo experimental y grupo control. N40 (20 programa de 6 semanas de ejercicios vs 20 sin programa), rango de edad 20-45años. Postparto 0-3 días, vaginal vs cesárea. DRAM >2cm.	Efectividad de la realización de ejercicios de fisioterapia postparto para reducir la DRAM.	Demostrado el 95% de efectividad del nuevo programa fisioterapéutico. Parece que la reducción espontánea de la diástasis de los músculos rectos del abdomen es muy rara, sólo ocurrió en 3%. El nuevo programa de fisioterapia es un método eficaz para reducir la DRAM.

Tabla 1

Conclusión

- Los **ejercicios abdominales** son **muy eficaces** en **la reducción de la diástasis de recto abdominal**, en el **post-parto precoz.**
- La **prescripción de un programa** de ejercicios abdominales, podría ser **útil para evitar las complicaciones** asociadas a la diástasis post-parto .
- Se **necesitan más estudios** que proporcionen nuevos resultados **para mejorar** el tratamiento conservador de la diástasis de recto abdominal.

Resumen: *La diástasis de rectos es una afección común en las mujeres durante el embarazo y el postparto. Algunas publicaciones proponen que una distancia entre rectos aumentada podría disminuir la fuerza abdominal y la integridad funcional. El objetivo de esta revisión ha sido, sintetizar la evidencia científica que sustenta la eficacia de la Fisioterapia para la reducción e identificar ejercicios de reeducación abdominal que puedan servir como método preventivo. Como conclusión, encontramos, que los ejercicios abdominales son muy eficaces en la reducción de la diástasis en el postparto precoz y que su prescripción, podría ser útil para evitar las complicaciones asociadas.*

Palabras Clave: *Diastasis recti; abdominal exercises; physical therapy.*

Se encontraron 21 artículos, de ellos 11 fueron excluidos ya que relacionaban la diastasis (DRAM) con sintomatología y no con la eficacia de los ejercicios fisioterápicos.

Trás el análisis de estos, encontramos que los ejercicios abdominales, son muy eficaces para la reducción de la DRAM en el postparto temprano.

El primer artículo (1) es un estudio prospectivo. Se realizó con 208 mujeres, 48h tras el parto, con y sin DRAM, clasificada en grado normal, medio, moderado o severo. Se valoró la evolución, tras ejercicios de flexión ventral de tronco y realizando marcha regular vigorosa.

Como resultado, encontramos, que tras 6 meses, la fuerza abdominal aumenta junto con la disminución de la diástasis.

El segundo articulo seleccionado (2) fue un estudio controlado aleatorizado, en el que se realizaron mediciones pre y post prueba en 100 mujeres con edades comprendidas entre 18 y 45 años, en situación, de 3 meses a 3 años postparto.

El objetivo de este estudio fue comparar un programa de tratamiento tradicional de 6 semanas, con un programa de tratamiento experimental que consistió en una rutina de ejercicios de estabilización y cierre de la DRAM.

El programa de fortalecimiento resultó ser el más efectivo tras comprobar mediciones.

El tercer articulo incluido (3), fue un metaanálisis de 8 estudios realizados con una muestra total de 336 mujeres durante el periodo anterior y postnatal. El objetivo fue determinar si el ejercicio fisioterapéutico previene o disminuye la diástasis mediante fortalecimiento abdominal dirigido.Se comprobó, que el ejercicio durante el periodo prenatal la redujo en un 35% y sugiere que el ancho de la diástasis puede reducirse haciendo ejercicio en los periodos pre y post natales.

El cuarto articulo incluido (4) es una revisión sistemática, en el que se incluyeron 250 mujeres multíparas y nulíparas todas ellas con DRAM. El objetivo, fue revisar críticamente la literatura sobre los factores de riesgo, las implicaciones funcionales y el efecto del ejercicio.

La activación del transverso podría proteger la linea alba, prevenir y reducir la DRAM, así como acelerar su recuperación. No tratarla de manera efectiva podría llevar a secuelas a largo plazo.

El quinto estudio (5) es un estudio descriptivo, que incorpora un diseño de estudio transversal en el que participan 30 mujeres, con variables de 1 hijo mínimo, 4 máximo, edades comprendidas entre 23 y 34 años y con diástasis tras parto.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Los resultados muestran, que tras un programa de tonificación donde se aplican ejercicios abdominales estáticos, de facilitación y activación concéntrica, la DRAM se reduce.

El sexto estudio. Las mujeres incluidas en un estudio diferente (6) tenían diástasis de más de dos dedos de ancho a nivel umbilical, o un abultado recto abdominal tras el parto vaginal o cesárea. El estudio incluye 54 mujeres de parto natural y 42 de cesárea de edades comprendidas entre 19-42 años. De ellas 12 de parto vaginal y 9 de cesárea realizaron ejercicios correctivos mediante un protocolo de ejercicios de fortalecimiento abdominal y suelo pélvico, junto con contracciones de transverso en diferentes posiciones durante 6 semanas. Hubo una mejora significativa en aquellas que hacían ejercicio comparada con las que no lo hicieron. Sin embargo, no hubo diferencias significativas comparando parto vaginal con cesárea.

El séptimo estudio (7) es un diseño de estudio post-test cuasi experimental. Con una muestra de 18 mujeres embarazadas, 8 de ellas incluidas en un programa de ejercicio.

Con edades comprendidas entre 18-42 años, se tomaron muestras de la distancia entre rectos con calibrador a 4,5 cm sub e infra umbilical.

El objetivo, demostrar la efectividad de la realización de ejercicio durante el embarazo para la prevención de diástasis en el postparto.

Como resultado, se demostró que la aparición de diástasis y el tamaño de ésta era mucho mayor en mujeres que no hacían ejercicio. El 90% de las mujeres embarazadas que no hacían ejercicio mostraban DRAM y solo el 12,5% de las mujeres que hacían ejercicio tenían la enfermedad.

El octavo estudio. En 2016 un estudio experimental intra grupo (8), muestra a 40 mujeres tras parto vaginal con DRAM incluidas en un programa diario de ejercicios de 30 minutos de duración, durante 5 días a la semana a lo largo de 2 meses. El objetivo,demostrar la efectividad de la realización de ejercicios en el puerperio temprano para la prevención. Los ejercicios abdominales resultaron muy efectivos durante el postparto temprano.

El noveno estudio.Por último,artículos más recientes (9) muestran un estudio piloto donde se evalúan los cambios en una muestra de 4 mujeres tras años post parto (mediciones con ecógrafo) tanto en reposo como durante la realización de ejercicio hipopresivo básico versus abdominal clásico y activación de transverso más contracción de suelo pélvico. Demuestran que el hipopresivo resulta ser el mejor ejercicio para la reducción de la diástasis de rectos, no produciendo efectos negativos como el aumento de esta distancia, lo cual, si sucede con la realización de abdominal clásico o activación de transverso y suelo pélvico en alguna de las participantes.

El décimo artículo (10) muestra un estudio con un grupo experimental y grupo control en las que de 40 mujeres con edades comprendidas entre 20-45 años todas ellas post parto tras 0-3 días y con DRAM, 20 realizan un programa de ejercicios durante 6 semanas frente a otras 20 que no realizan nada.

Se demuestra el 95% de efectividad de la reducción de la diástasis durante el postparto temprano en las que realizan tratamiento fisioterapéutico, frente a que la reducción espontánea solo ocurre en el 3% de estas durante este periodo.

Bibliografía

1. Candido G, Lo T, Janssen PA. Risk factors for diástasis of the recti abdominis. Journal of the Association of Chartered Physiotherapists in Womens Health. 2005; 97: 49-54.

2. Walton L M et al. The effects of a 6 week dynamic core stability plank exercise program compared to a traditional supine core stability strengthening program on diastasis recti abdominis closure, pain, oswestry disability index (ODI) and pelvic floor disability index scores (PFDI). Physical Therapy and rehabilitation. ISSN 2055-2386.

3. Benjamin DR, van de Water ATM, Peiris CL. Effects of exercise on diastasis of the rectus abdominis muscle in the antenatal and postnatal periods: a systematic review. Physiotherapy 2014; 100(1):1-8.

4. Mota P, Pascoal AG, and Bo K. Diastasis Recti Abdominis in Pregnancy and Postpartum Period. Risk, Factors, Functional Implications and Resolution Current Women's Health Reviews, 2015, 11, 59-67.

5. Acharry N, Krishanan Kutty R. Abdominal exercises with bracing. A Therapeutic Efficacy in reducing Diastasis recti among postnatal females.International Journal of Physiotherapy and Research, 2015; 3[2]:999-1005.

Capítulo 89

Ejercicios de Kegel y Core en incontinencia urinaria de esfuerzo

García Torres, Pedro

Del Casar Martín, Laura

EJERCICIOS DE KEGEL Y CORE EN INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

Autores: García Torres, P. ; Del Casar Martín, L.;

INTRODUCCIÓN



El suelo pélvico es una zona muy importante en el cuerpo humano localizado en la parte inferior de la cavidad pélvica. Aparte de conservar una presión intraabdominal y la sujeción de órganos abdomino pelvianos, también contribuye en la función sexual y su capacidad de distensión en el parto. La disfunción del suelo pélvico es producida por la interacción incorrecta entre las estructuras que lo forman, ocasionando múltiples síntomas como la incontinencia urinaria (IU) y fecal, prolapsos de órganos pélvicos, dolor pélvico de tipo crónico, disfunción sexual, entre otros. La IU se define como la pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable que origina un problema social o higiénico. El tipo de IU más habitual está asociada a un esfuerzo físico que provoca un aumento de la presión abdominal (toser, reír, correr, andar), incontinencia urinaria al esfuerzo (IUE). Los factores de riesgo más importantes de IU en la mujer son: el parto vaginal y el embarazo. Desde hace unos años se da importancia a la activación de otras zonas musculares como son los multífidos, transverso abdominal (el más importante) y diafragma que actúan como un corsé ante los cambios de presión para evitar ésta disfunción del suelo pélvico, denominado CORE. Se ha demostrado en estudios clínicos, muy buenos resultados en IU leve y moderada utilizando como único tratamiento la tonificación del Core y ejercicios Kegel.



OBSERVACIÓN CLÍNICA

Mujer de 40 años que presenta IUE después de tener dos hijos por parto vaginal. Primer parto con 37 años a término 38+6 semanas, índice de masa corporal (IMC) 18 antes del embarazo, peso del bebé 2.650 kgms, 12 kgms más durante la gestación, con desgarro leve, uso de ventosa durante el expulsivo y epidural. Segundo parto con 39 años a término 39+5 semanas, IMC 20 antes del embarazo, peso del bebé 3.100 kgms, 10 kgms más durante la gestación, con desgarro leve y parto natural. Sin antecedentes previos de IU ni trastornos del sistema urogenital, ningún proceso quirúrgico ni tratamiento farmacológico relevante y sin escozor durante la micción. Bebe 1,5 litros de agua y un café al día. Es dependienta en una tienda y no realiza deporte.

La paciente hace referencia a pequeñas pérdidas de orina de forma esporádica y tras realizar esfuerzos de gran magnitud después del primer parto. Tras el segundo parto los síntomas se acentúan: las pérdidas de orina son de mayor cantidad y no precisa grandes esfuerzos para que aparezcan. Aumenta el número de micciones nocturnas y diurnas. Todo ello le provoca malestar alterando por completo su calidad de vida social, familiar y sexual (dispareunia). Es entonces, cuando recurre a la fisioterapia para intentar mejorar sus síntomas mediante un tratamiento conservador y no invasivo.

En la exploración inicial encontramos color normal de la mucosa vaginal, cicatrices en periné poco elásticas, introito vaginal de 2,7cm, centro tendinoso 2,8cm ligeramente hipotónico.

Y se realizan varias pruebas y cuestionarios: Cuestionario de Calidad de Vida ICIQ – SF : 15 puntos (existencia de IUE). Escala de Autoestima – RSE: 36 puntos autoestima normal. Prueba de la Tos: negativa (ataques de tos: positiva). Pad Test: 6,5 mg pérdida leve a moderada. Escala Laycock y PERFECT: 3536.

Tras estos resultados procedemos al tratamiento exclusivamente con ejercicios de tonificación del Core y ejercicios Kegel, incluyendo mayor concienciación en el uso del transverso abdominal y cambios en hábitos de la vida diaria que aumenten la presión intraabdominal de forma innecesaria.

METODOLOGÍA

Rutina de Ejercicios Kegel. Tratamiento 3 días a la semana alternos durante un mes. Contraer y relajar 6 segundos. Realizar tres series de 10 repeticiones, 2 veces al día. Un ejercicio a la semana por orden.

- ***Primer ejercicio:*** Inspirar, sacar abdomen y simular retener orina. Espirar y relajar.
- ***Segundo ejercicio:*** Inspirar, sacar abdomen y simular retener gases intestinales. Espirar y relajar.
- ***Tercer ejercicio:*** Inspirar, sacar abdomen y simular retener la orina, realizando una contracción y relajación rápida del suelo pélvico. Espirar y relajar.
- ***Cuarto ejercicio:*** Inspirar, sacar abdomen y simular retener gases intestinales, realizando una contracción y relajación rápida del suelo pélvico. Espirar y relajar.



Posición inicial para los cuatro ejercicios



Posición final para los cuatro ejercicios

Rutina de Ejercicios del Core. Tratamiento 3 días en semana alternos durante un mes. Un ejercicio a la semana por orden:

- ***Primer ejercicio:*** Paciente en supino con dos-tres dedos en el borde interno de la cresta iliaca anterior. Inspirar y llevar el ombligo hacia dentro y hacia arriba, activando el transverso del abdomen durante 6 segundos. Espirar, soltar el aire lentamente y mantener la contracción del transverso, relajar 6 segundos entre cada repetición. Tres series de diez repeticiones, dos veces al día.





- ***Segundo ejercicio:*** Al inspirar el abdomen asciende, se eleva la cadera y se realiza una contracción de 6 segundos del transverso del abdomen y glúteos. Seguido del descenso de la cadera en tiempo espiratorio volviendo a la posición inicial. Relajar 6 segundos entre cada repetición. Tres series de diez repeticiones, dos veces al día.







- ***Tercer ejercicio:*** Al inspirar llevar el abdomen hacia abajo y elevar un brazo y pierna contraria contrayendo el transverso del abdomen durante 6 segundos. Volver a la posición inicial en tiempo espiratorio y relajar 6 segundos. Tres series de diez repeticiones (10 repeticiones de cada lado alternas), tres veces al día.





- ***Cuarto ejercicio:*** Al inspirar el abdomen asciende, elevar la cadera junto a una de las piernas estirada sin sobrepasar en altura la otra rodilla y contraer el transverso del abdomen y glúteos durante 6 segundos. Volver a la posición inicial en tiempo espiratorio y relajar 6 segundos. Tres series de diez repeticiones (10 repeticiones de cada lado alternas), dos veces al día.







RESULTADOS

Tras 4 semanas de ejercicios se realiza la evaluación final encontrando: cicatrices más elásticas, introito vaginal de 2,3cm y centro tendinoso 2,4cm con normo tono. En el Cuestionario de Calidad de Vida ICIQ-SF: 6 puntos, Escala de Autoestima- RSE: 37 puntos autoestima normal. Prueba de la Tos: negativa. Pad Test: 3mg. Escala de Laycock y PERFECT: 3647. Se han reducido el número de micciones nocturnas y diurnas y el volumen de orina. Éstos datos indican que el tono muscular del suelo pélvico además de la musculatura abdominal y diafragma se ha incrementado, mejorando la calidad de vida de la paciente. La dispaneuria ha mejorado aunque no del todo.

CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos, queda claro que tonificar la musculatura del Core y realizar los ejercicios de Kegel contribuye a la recuperación del suelo pélvico tras el parto, reduciendo en este caso la IUE. A su vez, mejora la calidad de vida de los pacientes a nivel social y sexual.

SATSE

UCLM

Resumen: *Se han demostrado muy buenos resultados en incontinencia urinaria tras la realización del tratamiento mediante la tonificación del Core y ejercicios Kegel.*

Se presenta caso clínico de mujer de 40 años con incontinencia urinaria de esfuerzo tras tener 2 hijos por parto vaginal.

Al finalizar el periodo de realización de los ejercicios se lleva a cabo la evaluación final, en la cual con los resultados obtenidos podemos concluir que la tonificación del Core y los ejercicios Kegel ayudan a la recuperación del suelo pélvico tras el parto, y por consiguiente a la reducción de la incontinencia urinaria de esfuerzo.

Palabras Clave: *Ejercicios; postparto; incontinencia urinaria de esfuerzo.*

Introducción

La disfunción del suelo pélvico es producida por la interacción incorrecta entre las estructuras que lo forman, ocasionando múltiples síntomas entre ellos la incontinencia urinaria (IU). La IU más habitual está asociada a un esfuerzo físico que provoca un aumento de la presión abdominal, denominada incontinencia urinaria al esfuerzo (IUE). Los factores de riesgo más importantes de IU en la mujer son: parto vaginal y embarazo. Desde hace años se da importancia a la activación de los multífidos, transverso abdominal (TA) y diafragma, que actúan como un corsé ante los cambios de presión para evitar ésta disfunción del suelo pélvico, denominado CORE. Se ha demostrado en estudios clínicos, muy buenos resultados en IU leve y moderada utilizando como único tratamiento la tonificación del Core y ejercicios Kegel.

Observación clínica

Mujer de 40 años con IUE tras dos hijos por parto vaginal. Primer parto con 37 años a término 38+6 semanas, índice de masa corporal (IMC) 18 antes del embarazo, peso del bebé 2.650 kgms, 12 kgms durante la gestación, desgarro leve, ventosa durante expulsivo y epidural. Segundo parto con 39 años a término 39+5 semanas, IMC 20 antes del embarazo, peso del bebé 3.100 kgms, 10 kgms durante la gestación, desgarro leve y parto natural. Sin antecedentes de IU ni trastornos del sistema urogenital, ningún proceso quirúrgico ni tratamiento farmacológico relevante y sin escozor durante la micción. Bebe 1,5 litros de agua y un café al día. Es dependienta y no realiza deporte.

La paciente hace referencia a pequeñas pérdidas de orina esporádicas y tras realizar esfuerzos de gran magnitud después del primer parto. Tras el segundo parto los síntomas se acentúan: pérdidas de orina de mayor cantidad sin grandes esfuerzos. Mayor número de micciones nocturnas y diurnas. Todo le provoca malestar alterando por completo su calidad de vida social, familiar y sexual (dispareunia). Entonces recurre a la fisioterapia para mejorar sus síntomas mediante tratamiento conservador y no invasivo.

Exploración inicial: color normal de la mucosa vaginal, cicatrices en periné poco elásticas, introito vaginal de 2,7cm, centro tendinoso 2,8cm ligeramente hipotónico.

Se realizan pruebas y cuestionarios: Cuestionario de Calidad de Vida ICIQ-SF: 15 puntos (existencia de IUE). Escala de Autoestima-RSE: 36 puntos autoestima normal. Prueba de la Tos: negativa (ataques de tos: positiva). Pad Test: 6,5 mg pérdida leve a moderada. Escala Laycock y PERFECT: 3536.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Tras estos resultados procedemos al tratamiento exclusivamente con ejercicios de tonificación del Core y Kegel, incluyendo mayor concienciación en el uso del TA y cambios en hábitos que aumenten la presión intraabdominal.

Metodología

Rutina de Ejercicios Kegel. Tratamiento 3 días a la semana alternos durante un mes. Contraer y relajar 6 segundos. Realizar tres series de 10 repeticiones, 2 veces al día. Un ejercicio a la semana por orden.

- Primer ejercicio: Inspirar, sacar abdomen y simular retener orina. Espirar y relajar.
- Segundo ejercicio: Inspirar, sacar abdomen y simular retener gases intestinales. Espirar y relajar.
- Tercer ejercicio: Inspirar, sacar abdomen y simular retener orina, realizando contracción y relajación rápida del suelo pélvico. Espirar y relajar.
- Cuarto ejercicio: Inspirar, sacar abdomen y simular retener gases intestinales, realizando contracción y relajación rápida del suelo pélvico. Espirar y relajar.

Rutina de Ejercicios del Core. Tratamiento 3 días en semana alternos durante un mes. Un ejercicio a la semana por orden:

- Primer ejercicio: Supino dos-tres dedos en borde interno de cresta iliaca anterior. Inspirar y llevar el ombligo hacia dentro y arriba, activando el TA durante 6 segundos. Espirar, soltar aire lentamente y mantener la contracción del TA, relajar 6 segundos entre cada repetición. Tres series de diez repeticiones, dos veces al día.
- Segundo ejercicio: Al inspirar el abdomen asciende, elevar la cadera y realizar contracción de 6 segundos del TA y glúteos. Descender la cadera en tiempo espiratorio volviendo a posición inicial. Relajar 6 segundos entre cada repetición. Tres series de diez repeticiones, dos veces al día.
- Tercer ejercicio: Al inspirar llevar el abdomen hacia abajo, elevar un brazo y pierna contraria contrayendo el TA durante 6 segundos. Volver a posición inicial en tiempo espiratorio y relajar 6 segundos. Tres series de diez repeticiones (10 repeticiones cada lado alternas), tres veces al día.
- Cuarto ejercicio: Al inspirar el abdomen asciende, elevar cadera y una pierna estirada sin sobrepasar la otra rodilla y contraer el TA y glúteos durante 6 segundos. Volver a posición inicial en tiempo espiratorio y relajar 6 segundos. Tres series de diez repeticiones (10 repeticiones de cada lado alternas), dos veces al día.

Resultados

Tras 8 semanas se realiza la Evaluación Final: cicatrices más elásticas, introito vaginal de 2,3cm y centro tendinoso 2,4cm con normo tono. Cuestionario de Calidad de Vida ICIQ-SF: 6 puntos, Escala de Autoestima- RSE: 37 puntos autoestima normal. Prueba de la Tos: negativa. Pad Test: 3mg. Escala de Laycock y PERFECT: 4658. Reducción del número de micciones nocturnas y diurnas y volumen de orina. El tono muscular del suelo pélvico, musculatura abdominal y diafragma se ha incrementado, mejorando la calidad de vida de la paciente. La dispaneuria ha mejorado aunque no del todo.

Conclusiones

Con los resultados obtenidos, queda claro que tonificar la musculatura del Core y realizar ejercicios de Kegel contribuye a la recuperación del suelo pélvico tras el parto, reduciendo en éste caso la IUE. A su vez, mejora la calidad de vida de los pacientes a nivel social y sexual.

Bibliografía

1. Actas Urológicas Españolas 2009; 33: 159-166.
2. Sánchez, R., Rupérez, O., Delgado, M., Fernández, R., and Hernando, M.; Prevalencia de incontinencia urinaria en la población mayor de 60 años atendida en Atención Primaria, 24: 421, 1999.
3. Espuña Pons M. Incontinencia de orina en la mujer. Med. Clin. (Barc) 2003; 120 464-472.
4. Carrillo, G.K., Sanguineti, M.A (2013). Anatomía del piso pélvico. Revista médica clínica las Condes, 24, 185-189.

Capítulo 90

El accidente laboral en urgencias

Gómez Caraballo Jiménez Galanes, Jesús Manuel

EL ACCIDENTE LABORAL EN URGENCIAS

INTRODUCCIÓN

El accidente laboral es toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena. Se presumirá, salvo prueba de lo contrario, que son constitutivas de accidentes de trabajo las lesiones sufridas durante el tiempo y en el lugar de trabajo. A partir del años 2005, también se incluye a los trabajadores autónomos. Los accidentes que ocurren al ir o al volver del trabajo también se consideran accidentes laborales y se denominan in itínere.
En nuestro punto de urgencias, es una situación dada con mucha demanda, debido al tipo de población y a la industria existente. Es por ello que debemos estar preparados para una adecuada atención sanitaria. En muchas ocasiones el personal sanitario debe trasladarse hasta el lugar de los hechos acaecidos dada la gravedad de la situación. Es por ello que debemos de contar con un equipo personal y material adecuados, para solventar en muchas ocasiones situaciones de urgencia vital de forma satisfactoria.

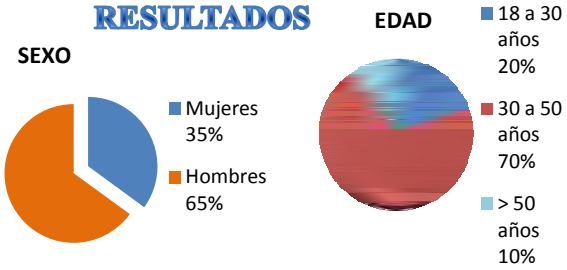
OBJETIVOS

-Extrapolar las características de los pacientes que sufren un accidente laboral, según edad y sexo y que son atendidos por los profesionales del punto de atención continuada.
-Identificar la actuación de enfermería a seguir, así como el tratamiento instaurado.
-Conocer el lugar donde es atendido el accidente laboral.

METODOLOGÍA

El diseño utilizado ha sido un estudio descriptivo transversal. Se ha llevado a cabo en una Zona Básica de Salud, seleccionando 100 historias clínicas de forma aleatoria de pacientes que sufrieron un accidente laboral y que fueron atendidos por estos profesionales sanitarios durante el año 2018.
Las variables que se han tenido en cuenta son la edad, sexo, clínica, actuación de enfermería y tratamiento instaurado.

RESULTADOS



RESULTADOS

Los hombres en un 65% de los casos sufrieron un accidente laboral, frente al 35% que fueron mujeres. La edad predominante en el accidente laboral son los comprendidos entre 30 y 50 años con un 70% de los casos, debido a que existe más población activa en esta franja de edad. Un 20% de los casos fueron en menores de 30 años y un 10% en mayores de 50 años, probablemente porque están más concienciados en las normas de seguridad.

Actuación de enfermería:
En un 10% de las ocasiones, debido a la gravedad de la situación, llevamos a cabo el Protocolo ABC, siendo necesarias medidas de soporte vital avanzado, canalización de vía venosa, oxigenoterapia, tratamiento farmacológico…
En un 50% de las situaciones se necesitó realizar radiografía, ya que se trataban de traumatismos, cuya intervención de enfermería fue la inmovilización de la parte afectada. En un 20% se requirió de sutura, debido a heridas inciso-contusas. En un 15 % eran quemaduras. Un 5% fueron accidentes in itínere, siendo estos tratados como accidentes de tráfico.

En la mayoría de las ocasiones los accidentes laborales son tratados en el punto de atención continuada (85% de los casos). Solo en un 15%, se requirió que el personal sanitario se trasladase hasta el lugar del suceso.
En un 80%, estos pacientes son derivados a su mutua de trabajo para que lleven a cabo el seguimiento. Siendo un 20% derivados al hospital de referencia. En ninguno de los casos se trató de un accidente mortal.

CONCLUSIONES

En la mayoría de las ocasiones los accidentes de trabajo ocurren debido a las condiciones de trabajo peligrosas que existen en los equipos, maquinarias, herramientas de trabajo e instalaciones, así como por la actitud o actos inseguros por parte de los trabajadores al realizar sus actividades. Existen más accidentes de trabajo en el varón debido a la poca concienciación del peligro que desempeña su actividad laboral.
La prevención en el centro de trabajo se hace fundamental para evitar tales situaciones, actuando de acuerdo a los métodos y procedimientos establecidos, utilizando los dispositivos de seguridad instalados, manteniendo un orden y protegiéndose con los equipos personales que proporciona la empresa.

Bibliografía:
1.-Seguridad en el Trabajo. Pizarro Garrido, Nuria. Madrid 2015.
2.-Prevención de Riesgos Laborales y Descentralización Productiva. Escudero Prieto, Azucena. Madrid 2009.
3.-Manual Práctico para la Investigación de Accidentes e Incidentes Laborales. Azcuénaga Lizana, Luis. Madrid 2016.

Resumen: *Se presumirá, salvo prueba de lo contrario, que son constitutivas de accidentes de trabajo las lesiones sufridas durante el tiempo y en el lugar de trabajo. En nuestro punto de urgencias, es una situación dada con mucha demanda, debido al tipo de población y a la industria existente. Mediante un estudio descriptivo transversal se ha estudiado la situación, concluyendo que la mayoría de las ocasiones los accidentes de trabajo ocurren debido a las condiciones de trabajo peligrosas que existen, la prevención en el trabajo se hace fundamental para evitar tales situaciones.*

Palabras Clave: *Accidente laboral; tratamiento instaurado; actuación de enfermería.*

Introducción

El accidente laboral es toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena. Se presumirá, salvo prueba de lo contrario, que son constitutivas de accidentes de trabajo las lesiones sufridas durante el tiempo y en el lugar de trabajo. A partir del años 2005, también se incluye a los trabajadores autónomos. Los accidentes que ocurren al ir o al volver del trabajo también se consideran accidentes laborales y se denominan in itínere.

En nuestro punto de urgencias, es una situación dada con mucha demanda, debido al tipo de población y a la industria existente. Es por ello que debemos estar preparados para una adecuada atención sanitaria. En muchas ocasiones el personal sanitario debe trasladarse hasta el lugar de los hechos acaecidos dada la gravedad de la situación. Es por ello que debemos de contar con un equipo personal y material adecuados, para solventar en muchas ocasiones situaciones de urgencia vital de forma satisfactoria.

Objetivos

- Extrapolar las características de los pacientes que sufren un accidente laboral, según edad y sexo y que son atendidos por los profesionales del punto de atención continuada.
- Identificar la actuación de enfermería a seguir, así como el tratamiento instaurado.
- Conocer el lugar donde es atendido el accidente laboral.

Metodología

El diseño utilizado ha sido un estudio descriptivo transversal. Se ha llevado a cabo en una Zona Básica de Salud, seleccionando 100 historias clínicas de forma aleatoria de pacientes que sufrieron un accidente laboral y que fueron atendidos por estos profesionales sanitarios durante el año 2018.

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

Resultados

Los hombres en un 65 % de los casos sufrieron un accidente laboral, frente al 35% que fueron mujeres. La edad predominante en el accidente laboral son los comprendidos entre 30 y 50 años con un 70 % de los casos, debido a que existe más población activa en esta franja de edad. Un 20% de

ISBN: 978-84-949197-6-3

los casos fueron en menores de 30 años y un 10 % en mayores de 50 años, probablemente porque están más concienciados en las normas de seguridad.

Actuación de enfermería:

En un 10 % de las ocasiones, debido a la gravedad de la situación, llevamos a cabo el Protocolo ABC, siendo necesarias medidas de soporte vital avanzado, canalización de vía venosa, oxigenoterapia, tratamiento farmacológico…

En un 50 % de las situaciones se necesitó realizar radiografía, ya que se trataban de traumatismos, cuya intervención de enfermería fue la inmovilización de la parte afectada. En un 20 % se requirió de sutura, debido a heridas inciso-contusas. En un 15 % eran quemaduras. Un 5 % fueron accidentes in itínere, siendo estos tratados como accidentes de tráfico.

En la mayoría de las ocasiones los accidentes laborales son tratados en el punto de atención continuada (85 % de los casos). Solo en un 15 %, se requirió que el personal sanitario se trasladase hasta el lugar del suceso.

En un 80 %, estos pacientes son derivados a su mutua de trabajo para que lleven a cabo el seguimiento. Siendo un 20 % derivados al hospital de referencia. En ninguno de los casos se trató de un accidente mortal.

Conclusiones

En la mayoría de las ocasiones los accidentes de trabajo ocurren debido a las condiciones de trabajo peligrosas que existen en los equipos, maquinarias, herramientas de trabajo e instalaciones, así como por la actitud o actos inseguros por parte de los trabajadores al realizar sus actividades. Existen más accidentes de trabajo en el varón debido a la poca concienciación del peligro que desempeña su actividad laboral.

La prevención en el centro de trabajo se hace fundamental para evitar tales situaciones, actuando de acuerdo a los métodos y procedimientos establecidos, utilizando los dispositivos de seguridad instalados, manteniendo un orden y protegiéndose con los equipos personales que proporciona la empresa.

Bibliografía

1. Seguridad en el Trabajo. Pizarro Garrido, Nuria. Madrid 2015.
2. Prevención de Riesgos Laborales y Descentralización Productiva. Escudero Prieto, Azucena. Madrid 2009.
3. Manual Práctico para la Investigación de Accidentes e Incidentes Laborales. Azcuénaga Lizana, Luis. Madrid 2016.

Capítulo 91

El afrontamiento de la esclerosis múltiple y la adherencia al tratamiento

Padilla Araque, Isabel

Moreno Durán, Irene

Cano Chumillas, Nerea

EL AFRONTAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Introducción

La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad crónica, autoinminue y discapacitante que afecta al adulto joven, en su mayoría mujeres. El grado de afrontamiento (GA) de esta enfermedad conlleva un gran esfuerzo del paciente debido al cambio de vida que supone, teniendo que someterse a un tratamiento farmacológico de por vida al que se deben adherir (AT).

OBJETIVOS

- ✓Estudiar la relación entre el GA y la AT de las personas con Esclerosis Múltiple.
- ✓Medir el GA en las pacientes con Esclerosis y determinar el nivel de AT en esta población.
- ✓Evaluar las variables clínicas y Sociodemográficas que influyen en la AT y GA.

METODOLOGÍA

ÁMBITO DE ESTUDIO
ASOCIACIONES DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE CIUDAD REAL (AEMCR), TOLEDO (ADEMTO) TALAVERA DE LA REINA (ATAEM)

POBLACIÓN
TODOS LOS PACIENTES DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

DISEÑO DEL ESTUDIO
OBSERVACIONAL
ANALÍTICO
TRANSVERSAL

CRITERIOS
✓INCLUSIÓN
Dx EM >18 AÑOS
FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO
BASE DE DATOS DE AEMCR, ADEMTO, ATAEM.
✖EXCLUSIÓN
NO ACCESO CUESTIONARIOS
LIMITACIONES FUNCIONALES
NO FORMAR PARTE DE LAS ASOCIACIONES
<18 AÑOS

TAMAÑO DE LA MUESTRA
25 CUESTIONARIOS CONTESTADOS

CUESTIONARIOS DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (CSQ) Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE MORISKY-GREEN



RESULTADOS

MEDIA CUMPLIDORES < NO CUMPLIDORES

		N	Media	Desviación tip.
TOTAL	No cumplidor	7	114,14	40,197
	Cumplidor	18	106,11	44,342

NO HAY DIFERENCIAS ESTADISITICAMENTE SIGNIFICATIVAS

p (TOTAL) =0,68

		t	Sig. (bilateral)	Dif. de medias
TOTAL	Se han asumido varianzas iguales	0,416	0,681	8,032
	No se han asumido varianzas iguales	0,436	0,671	8,032
CAT	**Se han asumido**	**3,744**	**0,001**	**11,849**

***Catastrofización (CAT):* ideación negativa sobre el dolor, sus consecuencias y las dificultades para afrontarlo.**

***p*(CAT)=0,001P**

Relación inversamente proporcionar, ya que al aumentar el grado de CAT, se disminuye el grado de adherencia al tratamiento, y viceversa.

Conclusión

A pesar de no haber podido establecer la relación completa entre el GA y la AT en pacientes con EM, sí que se ha podido observar la importancia que tiene el tema en la práctica. Debido a la escasa bibliografía disponible, se deberá seguir avanzando en esta materia para poder conseguir unos métodos de evaluación adecuados y así poder establecer la relación de estas variables, con el fin de mejor la calidad de vida de estos pacientes.

<ref>

Rodríguez J. Esclerosis múltiple: Una enfermedad degenerativa. Universidad de Salamanca. 2012; 239- 258.
Schumacher G, Bebe G, Kibler R, Kurland L, Kurtzke J, Mc-Dowell, F, et al. Problems of experimental trials of therapy in multiple sclerosis. Ann NY Acad Sci. 1965; 122: 552-68
Chelmicka-Schorr E, Arnason B. Nervous system-immune sys-tem interactions and their role in multiple sclerosis. Annals of Neurology. 1994

Resumen: *La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad crónica, autoinminue y discapacitante que afecta al adulto joven, en su mayoría mujeres. El afrontamiento, conlleva un gran cambio en el estilo de vida del paciente, teniendo que aceptar su nueva condición y sometiéndose a un tratamiento farmacológico de por vida.*

Se pretende estudiar la relación entre el Grado de Afrontamiento (GA) de la EM y la Adherencia al Tratamiento (AT), así como establecer si una adecuada adhesión al tratamiento puede garantizar los efectos farmacológicos. Para ello, se han utilizado unos cuestionarios homologados, realizados por los integrantes de las Asociaciones de EM.

Palabras Clave: *Esclerosis múltiple; afrontamiento; adherencia.*

Introducción

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad crónica, autoinmune, infamatoria y desmielinizante del sistema nervioso central (SNC). Se caracteriza por la afectación de la sustancia blanca, las vainas de mielina, los axones y oligodendrocitos, pudiendo aparecer en la sustancia gris y uniéndose las lesiones a lo largo del tiempo.

A pesar de tener una etiología incierta, lo que se conoce es que, se ven implicadas alteraciones de carácter multifactorial, con la participación de factores genéticos y de origen ambiental.

La EM es la enfermedad crónica y discapacitante más frecuente en el adulto joven, y con mayor prevalencia en mujeres siendo la edad media de aparición entre los 20 y 40 años.

Afrontamiento de la enfermedad

El afrontamiento se define como los esfuerzos cognitivos y conductuales que están constantemente cambiando para poder sobrellevar las demandas externas y/o internas valoradas por las personas como una sobrecarga o exceso de recursos de la misma.

Adherencia al tratamiento

El término adherencia puede dividirse en tres subcategorias: aceptación, persistencia y cumplimiento. Es común, que tras el diagnostico, los pacientes no experimenten síntomas o recaída en meses o años, lo que dificultara la aceptación de necesidad de tratamiento. La persistencia, se refiere a la toma de medicación durante el tiempo indicado.

Justificación

Deberemos realizar un estudio de los puntos más importantes para que la relación entre adherencia y afrontamiento sea efectiva el mayor tiempo posible, y poder obtener unos mejores resultados, ya que la bibliografía disponible sobre esta relación es escasa.

Por último, determinar las estrategias de afrontamiento llevadas a cabo por parte del paciente y como a partir de ellas se podrá aumentar el nivel de adherencia al tratamiento.

Objetivos

Objetivo principal: Estudiar la relación entre el afrontamiento de la EM y la adherencia al tratamiento de las personas con Esclerosis Múltiple.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Objetivos secundarios

- Evaluar el grado de afrontamiento de la enfermedad de las personas con esclerosis.
- Determinar el nivel de adherencia al tratamiento en esta población.
- Evaluar las variables clínicas y sociodemográficas que influyen tanto en la adherencia como en el afrontamiento de la enfermedad.

Metodología

Ámbito de estudio

La información recogida del estudio fue obtenida por las Asociaciones de Esclerosis Múltiple de Ciudad Real (AEMCR), Toledo (ADEMTO) y Talavera de la Reina (ATAEM).

Población

La Población Diana de este estudio está formada por todas aquellas personas diagnosticadas con EM y que forman parte de la AEMCR, ADEMTO y AEDEM.

Criterios de inclusión y exclusión

- Criterios de Inclusión: pacientes diagnosticados con EM mayores de 18 años, firma del consentimiento informado, formar parte de la base de datos de las Asociaciones AEMCR, ADEMTO y AEDEM.
- Criterios de Exclusión: no tener acceso a los medios de realización del estudio por las redes sociales, pacientes con limitaciones funcionales para realizar los cuestionarios, no formar parte de la AEMCR/ADEMTO/AEDEM y ser menor de edad.

Tamaño de la muestra y selección muestral

- El número total de cuestionarios contestados fue de 25 para ambos cuestionarios.
- La selección muestral consta de un muestreo no probabilístico de conveniencia en el que la participación ha sido voluntaria.

Diseño del estudio

- Se realizó un estudio Observacional, Analítico, Transversal, en el que se entregaron una serie de cuestionarios a pacientes con EM de las AEMCR, ADEMCO Y AEDM.
- Se utilizaron los cuestionarios: “Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CSQ) Rosenstiel y Keeefe, 1983. Adaptación por Rodríguez, Cano y Blanco, 2004”. Consta de 39 preguntas en las que se evalúa desde, 0=Nada hasta 6=Siempre, la frecuencia con la se realizan las acciones mencionadas en cada pregunta.
- Para medir el grado de Adherencia al Tratamiento (AT), se utilizaron “Morisky-Green test”, y otras seis cuestiones obtenidas de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. También se introdujeron las variables demográficas de edad y sexo.

Resultados

En la comprobación de la existencia de diferencias entre el Grado de Afrontamiento (GA) de la EM y la AT, se utilizó T-Student, Media, Desviación Típica y p. Para comprobar la normalidad de las variables, utilizamos la prueba Kolmogorov-Smirnov, con los resultados de z=0,62 y p=0,82.

Las diferencias no son estadísticamente significativas debido a que t= 0.41 t p= 0.68.

Sin embargo, los pacientes no cumplidores, muestran una mayor puntuación, en el subapartado CAT, con media 18,57 (dt=8,886) y significación bilateral, p= 0,001.

La media de edad de los participantes es de 44,68(dt 0,62), encontrándose dentro del intervalo de edad de aparición de la enfermedad, que oscila entre los 29 y 50 años de edad.

Discusión

El afrontamiento de la EM, supone un gran esfuerzo personal para el paciente, ya no solo a nivel físico y emocional, si no que conlleva un cambio completo del estilo de vida. No se han encontrado diferencias significativas a la hora de relacionar las variables, salvo en el caso de la variable Catastrofización (CAT): ideación negativa sobre el dolor, sus consecuencias y las dificultades para afrontarlo. En esta variable del cuestionario CSQ sobre el GA, en concreto, se obtuvo la puntuación de 0,001. Esto quiere decir que a mayor grado de CAT, menor será el cumplimiento terapéutico, con lo que estos pacientes tienen una mayor dificultad para afrontar el dolor que les llevara a una baja adhesión terapéutica. Con lo cual se obtiene una relación inversamente proporcionar, ya que al aumentar el grado de CAT, se disminuye el grado de adherencia al tratamiento, y viceversa.

Con esta relación queda comprobada la existencia de evidencias significativas, sobre la relación entre el GA y la AT, con lo estamos ante el inicio de lo que debería ser la puesta en marcha de futuras investigaciones de la materia en cuestión.

Las investigaciones que hacen referencia a los estilos de afrontamiento, señalan que las estrategias de afrontamiento focalizadas en el problema, son las de mayor utilidad para mejorar el bienestar físico de los pacientes. Por el contrario, aquellos que utilicen estrategias paliativas, como centrarse en las emociones o el escape conductual (CAT) manifiestan un mayor malestar físico. Lazarus y Lazarus (2000) afirman que el uso de un afrontamiento centrado en la emoción es particularmente útil, cuando la situación estresante a la que se enfrente una persona no puede ser cambiada, como es una enfermedad crónica, ayudando así a la angustia y disfunción que se genera cuando nada puede hacerse, de tal forma que esta estrategia ayudaría a mantener la esperanza.

Aunque el resto de las variables del estudio no hayan presentado un valor p<0,005, también representan una parte importante del estudio, ya que son categoría asociadas a la variable CAT, existiendo un nexo de unión entre ellas. A pesar de ello, investigaciones posteriores que utilicen un mayor número de muestra obtendrán unos resultados más generalizables para la comunidad de EM, y así se podrá aumentar el número de estudios que traten de relacionar el GA y la AT en enfermedades crónicas.

Conclusión

A pesar de no haber podido establecer la relación completa entre el GA y la AT en pacientes con EM, sí que se ha podido observar la importancia que tiene el tema en la práctica. Debido a la escasa bibliografía disponible, se deberá seguir avanzando en esta materia para poder conseguir unos métodos de evaluación adecuados y así poder establecer la relación de estas variables, con el fin de mejor la calidad de vida de estos pacientes.

Bibliografía

1. Porras M, Nuñez L, Plasencia N, Quiñones S. Esclerosis Múltiple. Revista Mex Neurociencia. 2013;(2012):57-66.

ISBN: 978-84-949197-6-3

2. Robles-Sánchez 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, 2014 p. 2-3.

3. Schumacher G, Bebe G, Kibler R, Kurland L, Kurtzke J, Mc-Dowell, F, et al. Problems of experimental trials of therapy in multiple sclerosis. Ann NY Acad Sci. 1965;122:552-68.

4. Thomas P, Thomas S, Hillier C, Galvin K, Baker R. Intervenciones psicológicas para la esclerosis múltiple. La Biblioteca Cochrane Plus. 2008;4.

5. Costello K, Kennedy P, Scanzillo J. Recognizing nonadherence in patients with multiple sclerosis and maintaining treatment adherence in the long term. Medscape J Med. 2008;10:225-30

Capítulo 92

El doble guante como medida para prevenir exposiciones a fluídos biológicos

González Serrano, Juan Antonio

García Valenciano, Agustín

De Aguilar González, María José

EL DOBLE GUANTE COMO MEDIDA PARA PREVENIR EXPOSICIONES A FLUIDOS BIOLÓGICOS

INTRODUCCIÓN:

Los profesionales sanitarios están expuestos a un gran número de agentes infecciosos como el VIH y la hepatitis entre otros como consecuencia de nuestra labor asistencial. Este riesgo es aún mayor en los profesionales que desarrollan su trabajo en el quirófano, debido a accidentes como pinchazos y cortes con material contaminado. De ahí la importancia del uso de métodos barrera eficaces. Los guantes en este sentido son fundamentales, es por ello que se decidió investigar si el uso del doble guante mejoraría la protección contra la exposición a fluidos frente al uso de un solo guante.

OBJETIVOS:

1º.- Determinar si el uso del doble guante disminuye el riesgo de contaminación biológica frente al guante simple
2º.- Determinar que ventajas tiene el uso del doble guante frente al guante simple

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 fueron: Guante doble, Perforación del guante , intervención quirúrgica y quirófano, se ha empleado el operador booleano AND. Se han encontrado 15 artículos y como criterio de inclusión se han incluido los artículos más recientes y que abordaran la comparación entre el uso de guantes simples o dobles.

RESULTADOS:

AUTOR DEL ESTUDIO	DATOS SOBRE EL ESTUDIO	GUANTES SIMPLES PERFORADOS	GUANTES DOBLES PERFORADOS	
			EXTERNO	INTERNO
Guo	218 Intervenciones Quirúrgicas 324 Guantes Analizados	10/112 (8´9%)	12/106 (11´3%)	0/106 (0%)
Makama	118 Intervenciones Quirúrgicas 1536 Guantes Analizados	78/512 (15´2%)	141/512 (27´5%)	6/512 (1´17%)
De Castro-Peraza	113 Intervenciones Quirúrgicas 826 Guantes Analizados	43/618 (6´95%)	51/460 (11´09%)	10/459 (2´18%)
Naver	566 Intervenciones Quirúrgicas 826 Guantes Analizados	53/306 (17´32%)	60/260 (23´08%)	6/260 (2´3%)
		22 de 53 perforaciones fueron detectadas durante la intervención 42%	47 de 60 perforaciones fueron detectadas durante la intervención 78%	
Laine	885 Intervenciones Quirúrgicas 3316 Guantes Analizados	76/1020 (7´45%)	89/1148 (7´75%)	6/1148 (0´52%)
		28 de estas 76 perforaciones fueron detectadas durante la intervención quirúrgica (36´84%)	77 de las 89 perforaciones fueron detectadas durante la intervención 86´52%	







CONCLUSIONES:

Del análisis de los distintos estudios se obtiene que el guante interno usado en el doble enguantado sufre menos perforaciones que el guante simple, ofreciendo una mayor protección frente a la exposición de fluidos biológicos del paciente intervenido. Además, el uso del doble guante permite detectar con mayor frecuencia si el guante ha sido perforado durante la intervención, permitiendo así su cambio lo antes posible; con todo esto, se recomienda el uso del doble guante a todo el personal que interviene en la cirugía debido a sus beneficios protectores.

BIBILIOGRAFÍA:

1.- Guo YP, Wong PM, Li Y, Or PP. Is double-gloving really protective? A comparison between the glove perforation rate among perioperative nurses with single and double gloves during surgery. Am J Surg[Internet].2012 [Citado 28 Febrero 2019]; 204(2):210-215. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22342011
2.- Makama JG, Okeme IM, Makama EJ, Ameh EA. Glove perforation rate in surgery: A randomized, controlled study to evaluate the efficacy of double gloving. Surg Infect[Internet]. 2016 [Citado 28 Febrero 2019]; 17(4):436-442. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26981792
3.- Castro-Peraza ME, Garzón-Rodríguez E, Rodriguez-Perez V, Sosa-Alvarez I, Gutierrez-Hernández J, Asiain-Ugarte C. Incidencia de la perforación de los guantes en cirugía y efecto protector del doble guante. Enferm Clin.[Internet].2010 [Citado 28 Febrero 2019; 20(2):73-79. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862109001934
4.-Naver LP, Gottrup F. Incidence of glove perforations in gastrointestinal surgery and the protective effect of double gloves: a prospective, randomised controlled study.Eur J Surg.[Internet].2000[Citado 28 Febrero 2018]; 166(4): 293-5. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10817324
5.- Laine T, Aarnio P. How often does glove perforation occur in surgery? Comparison between single gloves and a doublé-gloving system. Am J Surg [Internet]. 2001 [Citado 28 Febrero 2019]; 181(6):564-566. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11513787

Resumen: *Revisión bibliográfica sobre la eficacia del doble guante en la protección frente a agentes infecciosos, por ello se realiza una búsqueda en diferentes bases de datos para recopilar estudios en los que se analicen si el uso del doble guante supone un factor protector en comparación con el uso del guante simple. Una vez recopilados los datos y analizados, se llega a la conclusión de que el doble guante protege mejor contra pinchazos y, además, permite detectar con mayor frecuencia perforaciones inadvertidas del guante.*

Palabras Clave: *Guantes quirúrgicos; enfermería de quirófano; lesiones por pinchazo de aguja.*

Introducción

Los profesionales sanitarios están expuestos a un gran número de agentes infecciosos como el VIH y los virus de la hepatitis entre otros como consecuencia de nuestra labor asistencial. Este riesgo es aún mayor en los profesionales que desarrollan su trabajo en el quirófano, debido a accidentes como pinchazos y cortes con material contaminado. De ahí la importancia del uso de métodos barrera eficaces. Los guantes en este sentido son fundamentales, es por ello que se decidió investigar si el uso del doble guante mejoraría la protección contra la exposición a fluidos frente al uso de un solo guante.

Objetivos

1. Determinar si el uso del doble guante disminuye el riesgo de contaminación biológica frente al guante simple
2. Determinar qué ventajas tiene el uso del doble guante frente al guante simple

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: Guante doble, Perforación del guante, intervención quirúrgica y quirófano, se ha empleado el operador booleano AND. Se han encontrado 15 artículos y como criterio de inclusión se han incluido los artículos más recientes y que abordaran la comparación entre el uso de guantes simples o dobles.

Resultados

En el estudio de Guo et al. Se incluyen 218 intervenciones quirúrgicas y se analizaron 324 guantes. En cuanto a los guantes simples, se perforaron 10 de 112 (8.9 %), mientras que en los guantes dobles, en el caso del guante externo se perforaron 12 de 106 (11.3 %) pero en los internos hubo perforaciones 0 de 106 (0 %).

En el estudio de Makama et al. Se estudiaron 118 intervenciones quirúrgicas y se analizaron 1536 guantes. Hubo 78 de 512 guantes perforados en el caso del uso de guantes simples (15.2 %), mientras que, en los guantes dobles, hubo 141 de 512 perforaciones del guante externo (27.5 %) y 6 de 512 perforaciones del guante interno (1.17 %).

ISBN: 978-84-949197-6-3

En el estudio de De Casto-Peraza et al. Se incluyeron 113 intervenciones quirúrgicas y se analizaron 826 guantes. En el caso de los guantes simples, se perforaron 43 de 618 (6.95 %), mientras que, en los guantes dobles, en el caso del guante externo se perforaron 51 de 460 (11.09 %) y en el caso del guante interno, se perforaron 10 de 459 (2.3 %).

En el estudio de Naver et al. Se incluyeron 566 intervenciones quirúrgicas y se analizaron 826 guantes. Se produjeron 53 de 306 perforaciones en el caso de los guantes simples (6.95 %) y de estas 53 perforaciones, 22 fueron detectadas durante la intervención (42 %). En el caso del uso del doble guante, se produjeron 60 perforaciones de 260 guantes en el caso del guante externo (23.08 %) y 6 perforaciones de 260 guantes en el guante interno (2.3 %), además en el caso del doble guante de las 60 perforaciones, 47 fueron detectadas durante la intervención (78 %).

En el estudio de Laine et al. Se incluyeron 885 intervenciones quirúrgicas y se analizaron 3316 guantes. Se produjeron perforaciones en 76 de 1020 guantes (7.45 %) en el caso del uso del guante simple y de estas 76 perforaciones 28 fueron detectadas durante la intervención quirúrgica (36.84 %). En el caso del uso del guante doble, se perforaron 89 de 1148 guantes externos (7.75 %) y 6 de 1148 guantes internos (0.52 %), y de las 89 perforaciones, 77 fueron detectadas durante la intervención (86.52 %).

Conclusiones

Del análisis de los distintos estudios se obtiene que el guante interno usado en el doble enguantado sufre menos perforaciones que el guante simple, ofreciendo una mayor protección frente a la exposición de fluidos biológicos del paciente intervenido. Además, el uso del doble guante permite detectar con mayor frecuencia si el guante ha sido perforado durante la intervención, permitiendo así su cambio lo antes posible; con todo esto, se recomienda el uso del doble guante a todo el personal que interviene en la cirugía debido a sus beneficios protectores.

Bibliografía

1. Guo YP, Wong PM, Li Y, Or PP. Is double-gloving really protective? A comparison between the glove perforation rate among perioperative nurses with single and double gloves during surgery. Am J Surg[Internet].2012 [Citado 28 Febrero 2019]; 204(2):210-215. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22342011.
2. Makama JG, Okeme IM, Makama EJ, Ameh EA. Glove perforation rate in surgery: A randomized, controlled study to evaluate the efficacy of double gloving. Surg Infect[Internet]. 2016 [Citado 28 Febrero 2019]; 17(4):436-442. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26981792.
3. Castro-Peraza ME, Garzón-Rodríguez E, Rodriguez-Perez V, Sosa-Alvarez I, Gutierrez-Hernández J, Asiain-Ugarte C. Incidencia de la perforación de los guantes en cirugía y efecto protector del doble guante. Enferm Clin.[Internet].2010 [Citado 28 Febrero 2019; 20(2):73-79. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862109001934.
4. Naver LP, Gottrup F. Incidence of glove perforations in gastrointestinal surgery and the protective effect of double gloves: a prospective, randomised controlled study.Eur J Surg. [Internet].2000[Citado 28 Febrero 2018]; 166(4): 293-5. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10817324.
5. Laine T, Aarnio P. How often does glove perforation occur in surgery? Comparison between single gloves and a doublé-gloving system. Am J Surg [Internet]. 2001 [Citado 28 Febrero 2019]; 181(6):564-566. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11513787.

Capítulo 93

El enfermo terminal, ¿cómo afronta el equipo de enfermería sus cuidados?

Alañón Varón, Ana Blanca
Cabañas Carretero, María del Mar
Montroy Chamorro, Ana Isabel
Martín Díaz, Ana
Delgado Muñoz, Ana María
Cebrián Rivilla, María del Pilar

EL ENFERMO TERMINAL:
¿CÓMO AFRONTA EL EQUIPO DE ENFERMERÍA SUS CUIDADOS?

AUTORES:.....

INTRODUCCIÓN

Entre la actividad asistencial diaria de los profesionales de Enfermería se encuentra el contacto con el sufrimiento y la muerte de las pacientes que cuidamos. El abordaje de la situación y perspectivas al final de la vida puede afectar la calidad de los cuidados que proporcionamos. Establecer una relación humana a la vez que profesional con el paciente y familiares muchas veces resulta difícil para muchos de los profesionales en este ámbito, donde el miedo y estrés ante la muerte pueden llevar a tener actitudes negativas y de distanciamiento, lo cual puede afectar el vínculo de cuidados que debemos proporcionar en esos momentos.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es conocer como afrontan los cuidados del paciente en fase terminal los profesionales de Enfermería y técnicos en cuidados auxiliares de Enfermería (TCAE)en el Hospital Santa Bárbara de Puertollano, a través del cuestionario FATCOD-S.

RESULTADOS

Un total de 117 profesionales participaron el en presente estudio cumplimentando el cuestionario. Entre los resultados destaca una alta puntuación en el afrontamiento de cuidados en fase terminal (117.8/150). Por otro lado la experiencia profesional no determinó un mejor afrontamiento (p=0,4718), y tampoco la práctica religiosa (p=0,9342). Sin embargo, formación si demostró mejor afrontamiento (p= 0,005) al igual que la categoría profesional (p=0,00000002).

MATERIAL Y MÉTODO

Se presenta de un estudio descriptivo de corte transversal, con el objetivo de recopilar la información del estudio, se ha utilizado el cuestionario sociodemográfico y escala FATCOD-del, constituido por 30 ítems, con respuestas tipo Likert, con puntuaciones que van de 1 a 5 Dirigido a todos los profesionales de enfermería (enfermeras/os y TCAE) del hospital de Puertollano.

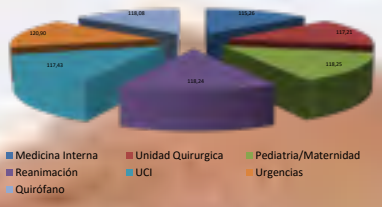
CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Personal de enfermería de las unidades: Medicina Interna, Unidad quirúrgica, Obstetricia, Ginecología y Pediatría, Reanimación, UCI, Urgencias y Quirófano.

No existen criterios de exclusión.

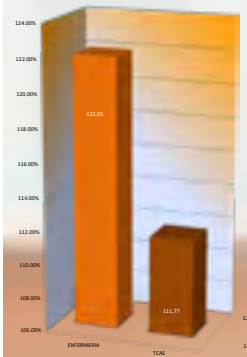
El estudio se realiza durante el mes de febrero de 2019. El tamaño de la muestra será el de todas las personas que trabajen en las unidades incluidas y que quieran participar en el estudio. La población potencial estaría compuesta por 131 enfermeras y 92 TCAE, un total 223 individuos.

ANÁLISIS DE DATOS Y PRUEBAS ESTADÍSTICAS. Una vez cumplimentados los cuestionarios se registran en hoja de cálculo Excel, para posteriormente analizarlos utilizando estadística descriptiva para analizar los datos demográficos. Los datos categóricos fueron descritos con frecuencias y porcentaje y los numéricos con medias. Para comparar el puntaje total del FATCOD-S con los datos categóricos se utilizó la prueba t de Student y ANOVA para comparaciones múltiples. Se consideraron valores de p inferiores a 0,05 como estadísticamente significativo.

SERVICIOS



CATEGORÍA PROFESIONAL



CONCLUSIONES

Los resultados de nuestro estudio reflejan que los profesionales de Enfermería de nuestro Hospital afrontan de manera muy positiva los cuidados en fase terminal. En ésta muestra, la experiencia profesional no determinó la actitud, siendo la formación profesional la que aumenta la competencia en este tipo de cuidados, hecho que nos indica que se deben de incrementar las medidas para mejorar las competencias y apoyo a los profesionales encargados del cuidado de estos pacientes, donde para concluir se recomienda realizar estudios similares para discernir los motivos que diferencian el afrontamiento entre enfermeras y TCAE.

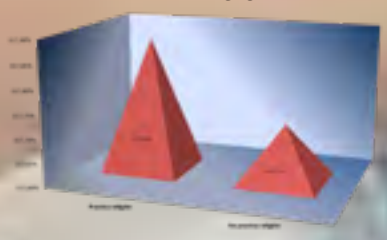
AÑOS DE EXPERIENCIA



FORMACIÓN



RELIGIÓN



BIBLIOGRAFÍA: Montserrat Edo Gual. Actitudes ante la muerte y factores relacionados de los estudiantes de enfermería en la comunidad autonoma de Cataluña. Dipòsit Legal: B 27518-2015. Marzo 2015.
Ho T.M., Barbero E., Hidalgo C., Camps C. (2010). Spanish nephrology nurses' views and attitudes towards aring for dying atients. Journal of Renal Care 36(1), 2-8.
J.C. Muñoz Camargo et al. Limitación del esfuerzo terapéutico. Opinión de los profesionales. 2011 Elsevier España, S.L. y SEEIUC
de Araújo, M. M. T., da Silva, M. J. P. & Francisco, M. C. P. (2004). Nursing the dying: essential elements in the care of terminally ill patients. International Nursing Review, 51(3), 149-158.
Zomorodi, M. & Lynn, M. R. (2010). Instrument development measuring critical care nurses' attitudes and behaviors with end-of-life care. Nursing Research, 59(4), 234-240. doi: 10.1097/NNR.0b013e3181dd25ef
Wright, B. (2004). Compassion fatigue: how to avoid it. Palliative Medicine, 18(1), 3-4.
Abendroth, M. & Flannery, J. (2006). Predicting the risk os compassion fatigue. Journal of hospice andpalliative nursing, 8(6), 346.
Sabo, B. M. (2006). Compassion fatigue and nursing work: can we accurately capture the consequences of caring work? International Journal of Nursing Practice, 12(3), 136-142.
Schwarz, J. (2004). Responding to persistent requests for assistance in dying: a phenomenological inquiry. International Journal of Palliative Nursing, 10(5), 225-235.
Deffner, J. & Bell, S. (2005). Nurse's death anxiety, comfort level during communication with patients and families regarding death, and exposure to communication education: A quantitative study. Journal for Nurses in Staff Developement, 21, 19-23.
Depaola, S. J., Griffin, M., Young, J. R. & Neimeyer, R. A. (2003). Death anxiety and attitudes toward the elderly among older adults: The role of gender and ethnicity. Death Studies, 27(4), 335-354. doi: 10.1080/07481180390199091
Neimeyer, R. A., Wittkowski, J. & Moser, R. P. (2004). Psychological research on death attitudes: An overview and evaluation. Death Studies, 28(4), 309-340. doi: 10.1080/07481180490432324
Lehto, R. H. & Stein, K. F. (2009). Death anxiety: An analysis of an evolving concept. Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal, 23(1), 23-41.

Resumen: *Diferentes autores han estudiado la relación entre ansiedad ante la muerte y variables como género, edad, profesión y religión. No existiendo estudios en Castilla-La Mancha, nos planteamos la realización de un estudio descriptivo/transversal para valorar cómo afrontan los cuidados al final de la vida los profesionales del hospital Santa-Bárbara, en relación con experiencia, formación, categoría profesional y práctica religiosa. Utilizando un cuestionario socio-demográfico y la escala FATCOD-S. Los resultados muestran que los profesionales de enfermería de nuestro hospital afrontan positivamente los cuidados al final de la vida. Siendo la formación la que aumenta la competencia en este tipo de cuidados.*

Palabras Clave: *Enfermo terminal; afrontamiento; cuidados de enfermería.*

Introducción

El fenómeno de la muerte está continuamente presente en nuestras vidas. Si este fenómeno es importante para las personas, en el caso de enfermería lo es mucho más, ya que puede influir en la calidad del cuidado al paciente y la familia al final de la vida.

Entre la actividad asistencial diaria que realizamos los profesionales de Enfermería se encuentra el contacto con el sufrimiento y la muerte de los pacientes que cuidamos. El abordaje de la situación y perspectivas al final de la vida puede afectar la calidad de los cuidados que proporcionamos. Establecer una relación humana a la vez que profesional con el paciente y familiares muchas veces resulta difícil para muchos de los profesionales en este ámbito.

El miedo y el estrés ante la muerte puede llevarnos a afrontarla de manera negativa y con distanciamiento, lo cual puede afectar a los cuidados que debemos proporcionar en esos momentos.

Objetivos

Objetivo principal: Conocer cómo afrontan los profesionales de enfermería los cuidados al final de la vida en el hospital de Puertollano, y para esto utilizamos la escala FATCOD-S (Escala de Actitudes frente a cuidados al final de la vida)

Objetivos secundarios: Conocer el afrontamiento dependiendo de distintas variables;

- Con más o menos experiencia en cuidados al final de la vida.
- Con más o menos formación en cuidados al final de la vida.
- Entre categorías profesionales.
- Entre los diferentes servicios en los que se trabaje.
- Si se practica alguna religión o no.

Metodología

Hemos realizado un estudio descriptivo/transversal. En este estudio participaron 177 profesionales de enfermería, lo que supone un 79,39 %, todos respondieron de forma voluntaria y anónima

ISBN: 978-84-949197-6-3

a un cuestionario que contenía variables sociodemográficas, en el que se incluían preguntas como sexo, edad, categoría profesional, experiencia profesional, religión, y si había tenido contacto con la muerte. Para valorar la actitud de los cuidados al paciente al final de la vida y su familia utilizamos:

La escala FATCOD-S. Esta escala fue desarrollada por Frommelt en 1991 y ha sido traducida y validada a diferentes idiomas, nosotros utilizamos su versión española. Este instrumento está constituido por 30 ítems, con respuestas tipo Likert, con puntuaciones que van de 0 a 5. 15 ítems puntúan positivamente, el resto de ítems son negativos y puntúan a la inversa. El rango de puntuación va de 30 a 150, y las puntuaciones más altas indican actitudes más positivas. Dos tercios de los ítems están relacionados con las actitudes ante el cuidado de las personas en situación de final de vida, y el tercio restante se refiere a los cuidados centrados en la familia del paciente moribundo.

El cuestionario y la escala fueron distribuidos entre profesionales de Enfermería y Técnicos en cuidados auxiliares de Enfermería (TCAE) de 7 servicios de nuestro hospital (Quirófano, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Urgencias, Reanimación, Paritorio, Unidades Quirúrgicas, Ginecología/ Pediatría). Excluimos Esterilización, Rehabilitación y Unidad de Cirugía Ambulatoria)

Se estableció un periodo de siete días para cumplimentar los cuestionarios entre los participantes del estudio y posteriormente recopilar la información. Se elaboró una base de datos y se realizó un análisis estadístico, calculando medias y porcentajes para las diferentes variables consideradas, así como la distribución y la varianza mediante el análisis de t de Student y ANOVA, respectivamente.

Resultados

Tras analizar los datos hemos obtenido los siguientes resultados:

- Hemos obtenido una participación del 79,37% de 223 individuos. Se han completado 177 cuestionarios en siete servicios encuestados.
- El 89,27% son mujeres y el 10,73% hombres.
- La media de edad oscila entre 45 y 46 años.
- Una experiencia media de 20,08 años.
- El 58,76% enfermeras y el 41,24% TCAE.
- El 53,11% practican alguna religión.
- El 99,44% han tenido contacto con la muerte a nivel profesional y el 100% ha visto morir a alguien.
- Han recibido formación en cuidados paliativos un 62,71%.

Actitud global: obtuvimos una puntuación de 117,8 lo que indica un buen afrontamiento de los profesionales en los cuidados al final de la vida.

Por unidades: No hay diferencia significativa (p=0,6574). Pero habría que estudiar por qué unidades más acostumbradas a ofrecer este tipo de cuidados como son Medicina Interna y UCI obtienen puntuaciones por debajo de la media.

Religión: Tampoco existen diferencias significativas (p=0,9342), aunque cabría esperar, que por ser una sociedad la mayoría católica, las personas practicantes obtuvieran un manera de afrontar los cuidados más positiva.

Experiencia: No mostró diferencias significativas (p=0,4718), pero aun no habiendo diferencias en nuestro estudio, cuantos más años de experiencia las puntuaciones fueron más bajas.

Categoría profesional: Si existen diferencias significativas (p=0,00000002) entre enfermería y TCAE.

Formación: También existen diferencias significativas (p=0,005).

Conclusiones

- El personal de enfermería de nuestro hospital tiene afronta de manera muy positiva los cuidados al final de la vida.
- La experiencia profesional no determina la actitud, siendo la formación la que aumenta la competencia en este tipo de cuidados. Sugerimos adoptar una serie de medidas para aumentar la competencia y apoyo a los profesionales que cuidan de estos pacientes.
- Sería interesante averiguar el por qué unidades que prestan continuamente este tipo de cuidados, obtienen menor puntuación que otras. Así como la diferencia en el afrontamiento entre enfermeras y TCAE.
- Creemos que también sería interesante hacer un estudio comparativo entre los profesionales de las distintas unidades de cuidados intensivos de nuestra comunidad para saber cómo afrontan los cuidados de paciente al final de la vida.

Bibliografía

1. Montserrat Edo Gual. Actitudes ante la muerte y factores relacionados de los estudiantes de enfermería en la comunidad autónoma de Cataluña. Dipòsit Legal: B 27518-2015. Marzo 2015.
2. Ho T.M., Barbero E., Hidalgo C., Camps C. (2010). Spanish nephrology nurses' views and attitudes towards aring for dying patients. Journal of Renal Care 36(1), 2-8.
3. J.C. Muñoz Camargo et al. Limitación del esfuerzo terapéutico. Opinión de los profesionales. 2011 Elsevier España, S.L. y SEEIUC.
4. De Araújo, M. M. T., da Silva, M. J. P. & Francisco, M. C. P. (2004). Nursing the dying: essential elements in the care of terminally ill patients. International Nursing Review, 51(3), 149-158.

Capítulo 94

El tipo más frecuente de tumor uterino: El leiomioma

Díaz Vico, Ramona

Sánchez Quiles, María Pilar

Forcada Soberino Gómez, María Rocío

TIPO MÁS FRECUENTE DE TUMOR UTERINO: LEIOMIOMA.

Autor: Ramona Díaz Vico. Pilar Sánchez Quiles. Rocío Forcada Soberino

INTRODUCCIÓN

El útero es un órgano del aparato ginecológico, sitio de muchas afecciones benignas y malignas. Las primeras, más frecuentes, y dentro de ellas está el mioma o fibroma uterino. Entre la tercera y quinta décadas de la vida es el tiempo en el que aparece mayormente esta afección en la mujer. Los síntomas son variables, en consecuencia de la localización del mioma (submucoso, intramural o subseroso).
El crecimiento del útero es variable, puede ir desde pequeñas tumoraciones hasta grandes masas intraabdominales, que se hacen visibles y llegan a palparse en el mesogastrio. Sus complicaciones son las que la hacen acreedoras de tratamiento quirúrgico.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Mujer de 48 años de edad, que es enviada a urgencias por sangrado vaginal similar a una regla desde hace 15 días, además de palpación de un bultoma en epigastrio. Sin revisión ginecológica desde hace más de 10 años. Sin antecedentes personales, sin alergias conocidas, con antecedentes obstétricos de 0 gestaciones. Se solicita estudios por imagen complementarios, realizados que sugieren la posibilidad de un mioma uterino gigante, sin descartar otras posibilidades. Tras llevar el caso a sesión clínica el servicio de ginecología decide realizar una histerectomía total con salpinguectomía bilateral.
Hallazgos: útero miomatoso, destacando mioma fúndico y lateralizado a la izquierda de 9 cm, anejos normales y resto de cavidad sin patología.



Postoperatorio en reanimación:

Ingresa paciente intervenido por histerectomía total más anexectomía bilateral, bajo anestesia general. Nos encontramos ante una paciente con sonda vesical, drenaje tipo redón, incisión abdominopélvica, y miembros inferiores con medias de compresión. Se inicia perfusión de analgesia pautada por servicio de anestesia.

Plan de cuidados enfermeros en planta de hospitalización:

PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS

00146 Ansiedad
r/c cambio en el estado de salud m/p agitación, insomnio, temor, angustia

NOC 1211 Nivel de ansiedad
-Ansiedad verbalizada.
-Aumento de la presión sanguínea 1402 Control de la ansiedad
-Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad.
-Controla las respuestas de ansiedad.

NIC
4920 **Escucha activa**
-Favorecer la expresión de sentimientos.
-Mostrar interés en el paciente.
-Verificar a comprensión del mensaje 5270 **Apoyo emocional** - Comentar la experiencia emocional con el paciente. - Ayudar al paciente a reconocer sentimientos - Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. - Proporcionar apoyo 5820 **Disminución de la ansiedad**
-Crear un ambiente que facilite la confianza.
-Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
- Controlar los estímulos.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.
- Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos

00132 Dolor Agudo
r/c agentes lesivos (biológicos, químicos, físicos, psicológicos), m/p trastorno del sueño, respuesta autónoma,,conducta expresiva.

NOC 00132 Dolor agudo
1605 Control del dolor
-Reconoce factores causales
-Utiliza medidas preventivas
-Utiliza medidas de alivio no analgésicas
-Utiliza analgésicos de forma apropiada
2100 Nivel de comodidad
2102 Nivel de dolor

NIC
1400 Manejo del dolor
- Realizar una valoración exhaustiva del dolor
- Observar claves no verbales de molestias
- Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes
- Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida
- Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor
2210 Administración de analgésicos
- Comprobar historial de alergias y órdenes médicas sobre el medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito
- Determinar la selección de analgésicos
- Controlar signos vitales antes y después de administrar los analgésicos
- Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia

00095 Insomnio
r/c deterioro del patrón normal m/p informar de la dificultad para conciliar o mantener el sueño, o de sueño no reparador

NOC 0004 Sueño
-Horas de sueño cumplidas.
-Patrón del sueño.
Calidad del sueño.
NIC 1850 Mejorar el sueño
-Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.
-Determinar el esquema de sueño-vigilia de l paciente
-Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día-noche normales

5880 **Técnica de relajación**
-Favorecer una respiración lenta y profunda intencionadamente
-Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad.

6482 **Manejo ambiental: confort**
-Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad
-Evitar exposiciones innecesarias.

00004 Riesgo de infección
r/c procedimientos invasivos .

NOC
1101 Integridad tisular: piel y mucosas
1902 Control del riesgo
-Reconoce el riesgo
-Adapta las estrategias
-Sigue las estrategias de control

NIC
6550 **Protección contra las infecciones**
-Inspeccionar el estado de la incisión o herida quirúrgica.
-Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad/malestar.
3440 **Cuidados del sitio de incisión** -Inspeccionar el sitio de incisión por su hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencias o evisceración - Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada, limpiar desde la zona más limpia hacia la menos limpia -Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión -Retirar suturas, grapas o clips, si está indicado
3590 **Vigilancia de la piel**
5618 **Enseñanza: procedimiento / tratamiento** 2300 **Administración de medicación** -Administrar medicación con la técnica y vía adecuadas -Ayudar al paciente a tomar la medicación.

DISCURSIÓN

El trabajo de enfermería permite resolver los procesos del paciente, planificando sus cuidados de forma individual. En este caso se realizó histerectomía total más salpingooforectomía bilateral, sin complicaciones, controlando el dolor físico ayudando con intervenciones y supervisión profesional, tras la implementación de las intervenciones de enfermería se lograron los resultados medidos y esperados para cada caso.

CONCLUSIONES

La utilización lenguaje estandarizado NANDA-NOC-NIC en el caso clínico que hemos presentado nos permitió organizar metodológicamente el trabajo enfermero, facilitando el registro y normalizando la práctica, facilitando a los profesionales de enfermería prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, tratándose de un elemento que garantiza la calidad en los cuidados de enfermería.

Resumen: *El útero es un órgano del aparato ginecológico, sitio de muchas afecciones benignas y malignas. Las primeras, más frecuentes, y dentro de ellas está el mioma o fibroma uterino. Entre la tercera y quinta décadas de la vida es el tiempo en el que aparece mayormente esta afección en la mujer. Los síntomas son variables, en consecuencia de la localización del mioma (submucoso, intramural o subseroso).*

El crecimiento del útero, va desde pequeñas tumoraciones hasta grandes masas intraabdominales, que se hacen visibles y se palpan en el mesogastrio. Sus complicaciones son las que la hacen acreedoras de tratamiento quirúrgico.

Palabras Clave: *Tumor; uterino; leiomioma.*

Observación clínica

Mujer de 48 años de edad, que es enviada a urgencias por sangrado vaginal similar a una regla desde hace 15 días, además de palpación de un bultoma en epigastrio. Sin revisión ginecológica desde hace más de 10 años. Sin antecedentes personales, sin alergias conocidas, con antecedentes obstétricos de 0 gestaciones. Se solicita estudios por imagen complementarios, realizados que sugieren la posibilidad de un mioma uterino gigante, sin descartar otras posibilidades. Tras llevar el caso a sesión clínica el servicio de ginecología decide realizar una histerectomía total con salpinguectomía bilateral.

Hallazgos: Útero miomatoso, destacando mioma fúndico y lateralizado a la izquierda de 9 cm, anejos normales y resto de cavidad sin patología.

Postquirúrgico en reanimación: Ingresa paciente intervenido por histerectomía total más anexectomía bilateral, bajo anestesia general. Nos encontramos ante una paciente con sonda vesical, drenaje tipo redón, incisión abdominopélvica, y miembros inferiores con medias de compresión. Se inicia perfusión de analgesia pautada por servicio de anestesia.

Plan de cuidados en planta de hospitalización

00146 Ansiedad. r/c cambio en el estado de salud m/p agitación, insomnio, temor, angustia

NOC. 1211 Nivel de ansiedad.

- Ansiedad verbalizada.
- Aumento de la presión sanguínea 1402 Control de la ansiedad
- Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad.
- Controla las respuestas de ansiedad.

NIC. 4920 Escucha activa.

- Favorecer la expresión de sentimientos.
- Mostrar interés en el paciente.
- Verificar a comprensión del mensaje.

ISBN: 978-84-949197-6-3

5270 Apoyo emocional.

- Comentar la experiencia emocional con el paciente.

- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos.

- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.

- Proporcionar apoyo 5820 Disminución de la ansiedad.

- Crear un ambiente que facilite la confianza.

- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.

- Controlar los estímulos.

- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.

- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.

- Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos.

00132 Dolor agudo. r/c agentes lesivos (biológicos, químicos, físicos, psicológicos), m/p trastorno del sueño, respuesta autónoma, conducta expresiva.

NOC 00132 Dolor agudo.

1605 Control del dolor.

- Reconoce factores causales.

- Utiliza medidas preventivas.

- Utiliza medidas de alivio no analgésicas.

- Utiliza analgésicos de forma apropiada.

2100 Nivel de comodidad.

2102 Nivel de dolor.

NIC 1400 Manejo del dolor.

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor.

- Observar claves no verbales de molestias.

- Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.

- Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida.

- Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor.

2210 Administración de analgésicos.

- Comprobar historial de alergias y órdenes médicas sobre el medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.

- Determinar la selección de analgésicos.

- Controlar signos vitales antes y después de administrar los analgésicos.

- Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia.

00095 Insomnio. r/c deterioro del patrón normal m/p informar de la dificultad para conciliar o mantener el sueño, o de sueño no reparador

NOC 0004 Sueño.

- Horas de sueño cumplidas.

- Patrón del sueño.

- Calidad del sueño.

NIC 1850 Mejorar el sueño.

- Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.

- Determinar el esquema de sueño-vigilia del paciente.

- Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día-noche normales.

5880 Técnica de relajación.

- Favorecer una respiración lenta y profunda intencionadamente.

- Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad.

6482 Manejo ambiental: Confort.

- Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad.

- Evitar exposiciones innecesarias.

00004 Riesgo de infección. r/c procedimientos invasivos.

NOC. 1101 Integridad tisular: Piel y mucosas.

1902 Control del riesgo.

- Reconoce el riesgo.

- Adapta las estrategias.

- Sigue las estrategias de control.

NIC. 6550 Protección contra las infecciones

- Inspeccionar el estado de la incisión o herida quirúrgica.

- Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad/malestar.

3440 Cuidados del sitio de incisión.

-Inspeccionar el sitio de incisión por su hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencias o evisceración.

-Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada, limpiar desde la zona más limpia hacia la menos limpia.

ISBN: 978-84-949197-6-3

- Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión.

- Retirar suturas, grapas o clips, si está indicado.

3590 Vigilancia de la piel.

5618 Enseñanza: Procedimiento/tratamiento.

2300 Administración de medicación.

- Administrar medicación con la técnica y vía adecuadas.

- Ayudar al paciente a tomar la medicación.

Discursión

El trabajo de enfermería permite resolver los procesos del paciente, planificando sus cuidados de forma individual. En este caso se realizó histerectomía total más salpingooforectomía bilateral, sin complicaciones, controlando el dolor físico ayudando con intervenciones y supervisión profesional, tras la implementación de las intervenciones de enfermería se lograron los resultados medidos y esperados para cada caso.

Conclusiones

La utilización lenguaje estandarizado NANDA-NOC-NIC en el caso clínico que hemos presentado nos permitió organizar metodológicamente el trabajo enfermero, facilitando el registro y normalizando la práctica, facilitando a los profesionales de enfermería prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, tratándose de un elemento que garantiza la calidad en los cuidados de enfermería.

Bibliografía

1. S. Chen, Y. Zhang, J. Zhang, H. Hu, Y. Cheng, J. Zhou, et al. Pulmonary benign metastasizing leiomyoma from uterine leiomyoma. World J Surg Oncol, 11 (2013), pp. 163.
2. R. Yu, M. Ferri. An unusual cause of pulmonary nodules in the emergency department. Case Rep Emerg Med, 2015 (2015).
3. Rivera JA, Christopoulos S, Small D, Trifiro M: Hormonal manipulation of benign metastasizing leiomyomas: report of two cases and review of the literature. J Clin Endocrinol Metab. 2004, 89: 3183-3188. 10.1210/jc.2003-032021.

Capítulo 95

En el próximo caso, diremos… ¿recuerdas el caso de la hipotermia en el 33 semanas?

Espinosa Velasco, Verónica

Megía Castro, María Isabel

EN EL PRÓXIMO CASO, DIREMOS…¿RECUERDAS EL CASO DE LA HIPOTERMIA EN EL 33 SEMANAS?

AUTORAS: ESPINOSA VELASCO VERÓNICA Y MEGÍA CASTRO MARIA ISABEL

INTRODUCCION

La **encefalopatía hipoxico-isquémica** (EHI) es una de las principales causas de daño neurológico en los recién nacidos, y se debe a una deprivación de oxígeno o flujo sanguíneo a nivel cerebral, muchas veces ocasionada por un evento centinela durante el parto.

Existe ya numerosa evidencia científica que avala que el tratamiento de estos pacientes con Hipotermia terapéutica disminuye la morbimortalidad así como las secuelas neurológicas posteriores.

La **hipotermia terapéutica** consiste en el enfriamiento corporal o cerebral antes de las 6 horas de vida para alcanzar Tª corporal diana de 33-34ºC, que será mantenida durante 72 horas para después realizar un recalentamiento lento. El principal mecanismo de acción de la hipotermia es la disminución del metabolismo cerebral.

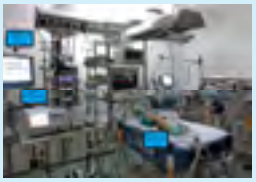
Para ello, se usa un dispositivo que consiste en un colchón especial por el que circula liquido a una Tª que permitirá alcanzar la Tª rectal objetivo. El HGCR cuenta con un protocolo a seguir ya que dicho procedimiento requiere un cuidado y vigilancia exhaustivo. Entre sus estándares, sostiene unos criterios de inclusión y exclusión que se mencionan a continuación y serán claves en el inicio de dicho tratamiento para el paciente.

Criterios de inclusión:

Recién nacido de una edad gestacional mayor o igual a 35 semanas que tengan evidencia clínica de exposición a la hipoxia-isquemia perinatal como la presencia de un evento centinela (prolapso de cordón, rotura de cordón, rotura uterina, desprendimiento de placenta, registro cardiotocográfico patológico y/o estado fetal no tranquilizador o distocia en el parto) con signos que evidencien asfixia perinatal severa y de encefalopatía moderada o severa(1,5) (Anexo I: Gradación clínica de la encefalopatía).

Criterios de exclusión:

- Peso al nacer < 1800 gramos
- Edad gestacional < 35 semanas
- Recién nacido mayor de seis horas de vida.
- Patología que requiera cirugía en las próximas 72 horas
- Malformaciones congénitas graves.
- Disfunción multiorgánica grave y refractaria



OBSERVACION CLINICA: Varón de 33+4 semanas de edad gestacional nacido tras cesárea urgente por estado fetal no tranquilizador, desprendimiento de placenta con hematoma retroplacentario. Nace sin esfuerzo respiratorio, hipotónico y pálido- cianótico, con discreta mejoría tras neopuff. Apgar 4/8.

Al ingreso en UCIN, mal estado general, depresión neonatal, distrés respiratorio, letárgico, hipotonía generalizada, reflejos leves, pupilas isocóricas poco reactivas.

A nivel respiratorio pH v: 6.95 pCO2: 65 HCO:11 láctico: 120 EB: -17.6. sATo2 88%. Precisa intubación endotraqueal y administración de surfactante.

A nivel hemodinámico: FC 140-130lpm. TA 60/30. Hg:20g/dl. Precisa canalización umbilical, drogas vasoactivas y sondaje vesical para control de diuresis.

A nivel hematológico:. TP:33 % TTPA. no coagula. Precisa plasma fresco y repetición de dosis de vit k.

A nivel infeccioso: PCR negativa. Hemocultivo pendiente. Se inicia tratamiento antibiótico.

A nivel neurológico: . Presenta evento centinela (desprendimiento placenta), pH 6.95 en primera hora de vida.

Valoración neurológica seriada tras ingreso; a 1H. 30 min, 3 y 5-6 horas de vida (escalas Sarnat y Garcia Alix). Criterios encefalopatía moderada-severa. no crisis convulsiva. Eco transfontanelar urgente. Sistema ventricular simétrico sin dilatación, matriz germinal sin signos de hemorragia.

Monitor de función cerebral. Impresiona inicialmente de continuo de bajo voltaje. Brote supresión la mayoría del tiempo con cambios a continuo y discontinuo. Se tiene en cuenta sedación.

Analítica. GOT:99 CPK:1064. CPK-MB27. Se inicia perfusión con cloruro mórfico a 0.01mg/kg/h.

Los diagnósticos durante el ingreso fueron los siguientes:

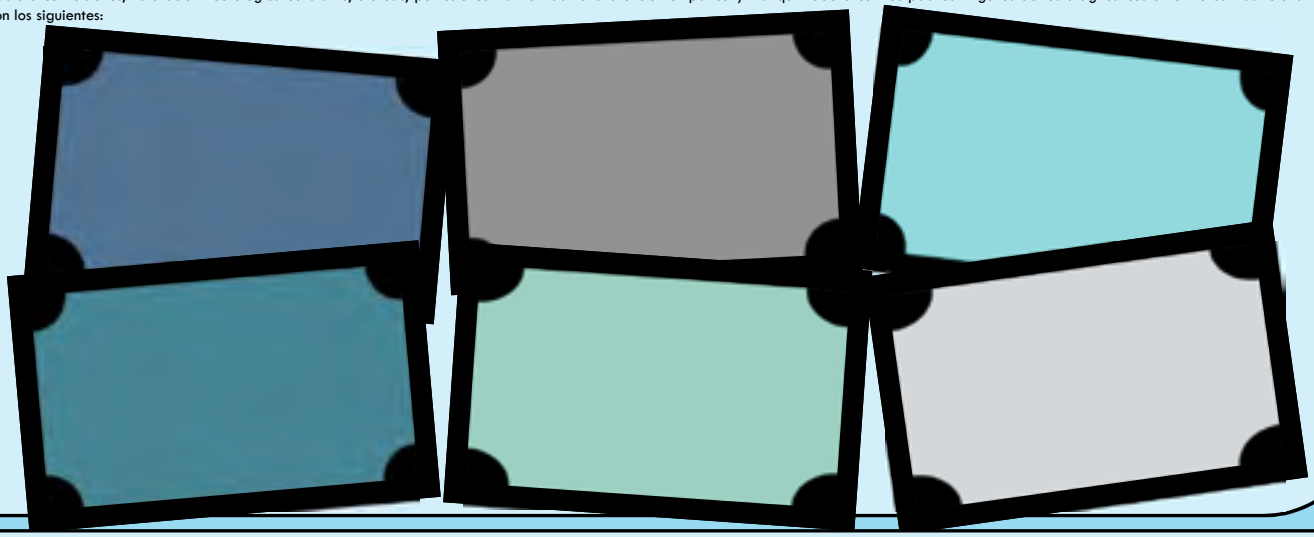
ENCEFALOPATIA HIPOXICO-ISQUEMICA, COAGULACION INTRAVASCULAR DISEMINADA, HIPOTENSION ARTERIAL, FALLO MULTIORGANICO, INSUFICIENCIA HEPATICA, INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, DIFICULTADES EN LA ALIMENTACION, ENFERMEDAD DE LA MEMBRANA HIALINA

*Ante gravedad de la situación, y tras consenso en equipo médico, se informa a familia de la situación del niño y valoración del tratamiento con hipotermia terapéutica. Se explica indicación actual (individualizada en niños menores de 35 semanas) y estudios realizados, así como posibles complicaciones de la misma.

Familia da consentimiento para inicio de tratamiento.

PLAN DE CUIDADOS

Es preciso llevar una minuciosa labor de vigilancia y registro de todos los parámetros del RN, ctes vitales, Tª corporal continua, signos de alteración de la coagulación, patrón función cerebral y si hubiera convulsiones, valoración neurológica constante, diuresis, perfusiones…sin olvidar una atención empática y tranquilizadora con los padres. Algunos de los diagnósticos enfermeros mas relevantes son los siguientes:



DISCUSIÓN

Numerosas evidencias avalan el tratamiento con hipotermia terapéutica en RN con EHI mejora la evolución y el pronóstico de estos pacientes. Aunque no está probada la eficacia en los RN prematuros, en este caso los criterios clínicos y analíticos del bebé hicieron al equipo médico plantearse la decisión del inicio de dicho tratamiento, ya que la no aplicación del mismo probablemente hubiese conducido a una evolución más tórpida y un mayor número de secuelas. En la misma línea un ratio paciente/enfermera de 1/1 mejoraría sustancialmente la calidad de los cuidados.

CONCLUSIONES

Por tanto y aunque el bebé se mantenía en criterio de exclusión por ser menor de 35 semanas de edad gestacional, se decidió inicio de la terapia ya que el resto de criterios lo mantenían como firme candidato a la misma. El consenso con la familia es fundamental para el buen funcionamiento del proceso. Tras la revisión a los dos meses tras el alta muestra un RMN normal y neuroconducta adecuada a su edad. Aún así entra en un programa de seguimiento para ver evolución a largo plazo.

Por ello podemos afirmar que en muchas ocasiones la experiencia del personal y la realización de procedimientos que suelen conllevar mayor beneficio que efectos nocivos demuestra la efectividad de la técnica, aún cuando algún criterio excluye al paciente, ya que de no haber sido por ello se podrían haber tenido consecuencias irremediables.

BIBLIOFGRAFÍA:

- ASOCIACIÓN ESPANOLA DE PEDIATRÍA "**Neuroprotección con hipotermia en el recién nacido con encefalopatía hipóxico-isquémica. Guía de estándares para su aplicación clínica. D. Blanco a, , A. García-Alix b, E. Valverde c, V. Tenorio d, M. Vento e y F. Cabañas c,** 18 de julio de 2011. **Comisión de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología (SEN)** www.se-neonatal.es.
- Puebla Molina S, Aparicio Sánchez JL, Modesto i Alapont V. La hipotermia terapéutica reduce la mortalidad y las secuelas neurológicas en la encefalopatía hipóxico-isquémica del recién nacido. Evid Pediatr. 2010;6:33.
- Protocolo de hipotermia inducida en el RN con EHI. Aprobado el 24 de enero de 2018. M. Carmen Martínez Sánchez, Gema María Giménez-Galanes Cejudo y Elena Crespo González, Enfermeras Especialistas en Pediatría de UCI Neonatal y Pediátrica del Hospital General Universitario de Ciudad Real. Jesús Cecilio López-Menchero Oliva, Neonatólogo de UCI Neonatal y Pediátrica del Hospital General Universitario de Ciudad Real

Resumen: *La hipotermia terapéutica consiste en el enfriamiento corporal antes de las 6 horas de vida del recién nacido (RN). La Tª corporal diana 33-34º C mantenida durante 72 horas. Su objetivo, la disminución de secuelas en la encefalopatía hipóxica-isquémica (EHI) del RN.*

Uno de los criterios de inclusión para el tratamiento es RN de edad gestacional mayor o igual a 35 semanas. En este caso, la edad gestacional es 33+4 semanas. Ante la gravedad de la situación, se inicia el tratamiento con hipotermia.

La experiencia demuestra la efectividad de la técnica que suele conllevar más beneficios que efectos nocivos.

Palabras Clave: *Hipotermia inducida; recién nacido prematuro; encefalopatías.*

Introducción

La EHI es una de las principales causas de daño neurológico en los RN, y se debe a una deprivación de oxígeno o flujo sanguíneo a nivel cerebral, muchas veces ocasionada por un evento centinela durante el parto.

Existe ya numerosa evidencia científica que avala que el tratamiento de estos pacientes con hipotermia terapéutica disminuye la morbimortalidad así como las secuelas neurológicas posteriores.

Material y métodos

Para disminuir las secuelas posteriores en el desarrollo neurológico del RN, se induce a una hipotermia terapéutica. Tras 72 horas a una Tª corporal 33-34º C, se inicia un recalentamiento lento en el que enfermería realiza una minuciosa labor de vigilancia y registro de todos los parámetros y ctes vitales del RN. El principal mecanismo de acción de la hipotermia es la disminución del metabolismo cerebral.

Para ello se usa un dispositivo que consiste en la colocación de un colchón especial por el que circula líquido a una Tª que permita alcanzar la Tª rectal objetivo. El HGUCR cuenta con un protocolo a seguir, ya que dicho procedimiento requiere un cuidado y vigilancia exhaustivo. Entre sus estándares, sostiene unos criterios de inclusión y exclusión que se mencionan a continuación y serán claves en el inicio de dicho tratamiento para el paciente.

Criterios de Inclusión:

- RN de edad gestacional >35 semanas.
- Signos que evidencien asfixia perinatal severa.
- Encefalopatía Moderada-Severa.

Criterios de Exclusión:

- Peso al nacer <1800 gr.
- Edad gestacional <35 semanas.
- RN mayor de 6 horas de vida.

ISBN: 978-84-949197-6-3

- Patología que requiera cirugía en las próximas 72 horas.
- Malformaciones congénitas graves.
- Disfunción multiorgánica grave y reflactaria.

Observación clínica

Varón de 33+4 semanas de edad gestacional, nacido tras cesárea urgente por estado fetal poco tranquilizador, desprendimiento de placenta con hematoma retroplacentario.

Nace sin esfuerzo respiratorio, hipotónico y palidocianótico. Apgar 4/8.

Al ingreso en UCIN mal estado general, depresión neonatal, distrés respiratorio, letárgico, hipotonía generalizada, reflejos leves, pupilas isocóricas poco reactivas.

- Respiratorio: Precisa intubación endotraqueal y administración de surfactante.
- Hemodinámico: Precisa canalización umbilical, drogas vasoactivas y sondaje vesical para control de diuresis.
- Hematológico: Precisa transfusión de Plasma fresco y repetición de dosis de Vitamina K.
- Infeccioso: Se inicia tratamiento con Antibióticos.
- Neurológico: Criterios de encefalopatía Moderada-Severa.

En monitor cerebral impresiona de registro continuo de bajo voltaje.

Ante la gravedad de la situación, y tras consenso del equipo médico, se informa a la familia de la situación del niño y valoración del tratamiento con Hipotermia terapéutica. Se explica indicación actual (individualizada en niños <35 semanas) y estudios realizados, así como posibles complicaciones de la misma. La familia da el consentimiento para iniciar el tratamiento.

Plan de cuidados

Enfermería debe mantener la estabilidad del RN vigilando y registrando todos los parámetros y ctes vitales, Tª corporal continua, signos de alteración de la coagulación, patrón de función cerebral y si hubiera convulsiones, valoración neurológica constante, diuresis, perfusiones…sin olvidar una atención empática y tranquilizadora con los padres.

En la misma línea una ratio enfermera/paciente de 1/1 mejoraría sustancialmente la calidad de los cuidados.

Entre los Diagnósticos Enfermeros más relevantes están:

NANDA (00005) Riesgo de desequilibrio de la Tª corporal, relacionado con:

- Enfermedad que afecte a la regulación de la temperatura.

NANDA (00004) Riesgo de infección relacionada con:

- Catéter venoso periférico.
- Catéter urinario.

NANDA (00047) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionada con:

- Deterioro de la movilidad.
- Incontinencia urinaria y fecal.
- Alteración del estado de la consciencia.

NANDA (00200) Riesgo de la disminución de la perfusión cardiaca relacionado con:

- Aumento de la Proteína C Reactiva.
- Hipoxemia, Hipoxia.

NANDA (00030) Deterioro del intercambio de gases, relacionado con:

- Desequilibrio ventilación/perfusión.

NANDA (00026) Exceso de volumen de líquido relacionado con:

- Compromiso de los mecanismos reguladores.
- Exceso de aporte de líquidos.
- Exceso de aporte de Sodio.

Discusión

Está más que demostrado que el tratamiento con Hipotermia terapéutica en RN con EHI mejora la evolución y pronóstico. Aunque no está probada la eficacia en RN prematuros, en este caso los criterios clínicos y analíticos hicieron al equipo médico plantearse la decisión de iniciar el tratamiento, ya que la no aplicación del mismo, probablemente hubiese conducido a una evolución más tórpida y con mayor número de secuelas.

Conclusión

Por tanto y aunque el bebé se mantenía en criterio de exclusión por ser menor de 35 semanas de edad gestacional, se decidió iniciar la terapia, ya que el resto de criterios lo mantenían como firme candidato.

Tras el alta, a los dos meses en una revisión, muestra una resonancia magnética normal y neuroconducta adecuada a su edad.

Bibliografía

1. Asociación Española de Pediatría. Neuroprotección con hipotermia en el recién nacido con encefalopatía hipóxico-hisquémica. Guía de estándares para su aplicación clínica. D. Blanco a, A. García-Alix b, E. Valverde c, V. Tenorio d, M. Vento e y F. Cabañas c, 18 de Julio de2011. comisión de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología (SEN) www.se-neonatal.es.
2. Puebla Molina S, Aparicio Sánchez JL, Modesto i Alapont V. La hipotermia terapeútica reduce la mortalidad y las secuelas neurológicas en la encefalopatía hipóxico-isquémica del recién nacido. Evid Pediatr. 2010; 6;33.

ISBN: 978-84-949197-6-3

3. Protocolo de hipotermia inducida en el RN con EHI. Aprobado el 24 de enero de 2018. M. Carmen Martinez Sánchez, Gema María Jiménez-Galanes Cejudo y Elena Crespo González, Enfermeras especialistas en Pediatría de UCI Neonatal y Pediátrica del Hospital General Universitario de ciudad Real. Jesús Cecilio López-Menchero Oliva, Neonatólogo de UCI Neonatal y Pediátrica del Hospital general Universitario de Ciudad Real.

Capítulo 96

Enfermedad de Crohn. Caso clínico

Sánchez Puertas, María

Sánchez Puertas, Laura

Ballesteros Benito, María Isabel

Porras Sánchez-Escribano, Cristina

García Morales, Sandra

Sánchez-Gil Izquierdo, Irene

ENFERMEDAD DE CROHN. CASO CLÍNICO.

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad de Crohn, también conocida como Enfermedad inflamatoria intestinal, consiste en la inflamación e irritación crónica del sistema digestivo. Afecta a cualquier área , predominando el íleon. La principal causa es desconocida, influyen factores inmunitarios, genéticos y farmacológicos (uso de AINES, anticonceptivos o algunos antibióticos).
Puede afectar a personas de cualquier edad, pero la mayoría de los pacientes son adultos jóvenes entre los 16 y los 40 años.

SINTOMATOLOGÍA

-Dolor de abdomen.
-Diarrea.
-Cólicos.
-Sangrado rectal.
-Pérdida de peso.
-Nauseas.
-Cambios en la piel.
-Fiebre.
-Períodos asintomáticos.

DIAGNÓSTICO

-Ex. Físico (valoración abdominal).
-TAC.
-Endoscopia intestinal: *colonoscopia, endoscopia esofagogastroduodenal y enteroscopia.*
-Valoración del tránsito esofagogastroduodenal: fluoroscopia.

TRATAMIENTO

No existe cura para esta enfermedad.
El tratamiento intenta disminuir la inflamación intestinal, evitar brotes de los síntomas y mantenerlos en remisión, a través de la farmacología, reposo intestinal y/o cirugía.

COMPLICACIONES

-Obstrucción intestinal.
-Fístulas.
-Abscesos.
-Fisuras anales.
-Úlceras.
-Desnutrición.
-Inflamación de áreas del cuerpo: ojos, piel o articulaciones.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Varón de 45 años, no fumador, bebedor ocasional, sin AP de interés. Acude al servicio de Urgencias por presentar durante 5 días: dolor anal y abdominal, diarrea, fiebre y moco en heces. Sin náuseas ni vómitos. Abdomen distendido, globuloso, sin signos irritación peritoneal. Sensación de masa anal levemente dolorosa a la palpación. Se realiza ***AS****: HB 14'6, leucos: 6400, urea:37, creat:0'95, PCR:4'5. Se realiza estudio con los siguientes hallazgos: Se realiza* ***Rx de tórax y abdomen****,* ***RMN****(fístula activa grado 2 St James y absceso proximal a nivel puborrectal),* **colonoscopia (***Fístula activa con absceso, hemorroides internas grado I. Se toma biopsia identificándose lesión submucosa).*
Se realiza ***coprocultivo*** *(toxina clostridium difíciles).*
Ingresa en medicina interna recibiendo tto con antibióticos, corticoides, protectores gástrico y analgésicos. Se mantiene al paciente con SF 1500 ml día y dieta líquida por dolor abdominal.

PLAN DE CUIDADOS

NANDA	NIC	NOC
00013 Función gastrointestinal: diarrea.	**0460** Manejo de la diarrea.	**0501** Eliminación intestinal.
00132 Dolor agudo.	**1400** Manejo del dolor.	**1605** Control del dolor.
00004 Riesgo de infección.	**6540** Control de infecciones.	**1902** Control del riesgo.
00007 Termorregulación Hipertermia.	**3900** Regulación de la temperatura.	**0800** Termorregulación.
00028 Hidratación. Riesgo de déficit de volumen de líquidos.	**4120** Manejo de los líquidos. **6680** Monitorización de signos vitales.	**0602** Hidratación.



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Actualmente se evidencia un aumento en la epidemiología de esta enfermedad, siendo necesario conocer los síntomas con los que cursa para poder así intervenir de manera precoz, y prevenir en la manera de lo posible las complicaciones que conlleva.
La problemática de esta patología surge porque se busca la ayuda terapéutica cuando la complicación ya se encuentra presente o incluso en estadios avanzados, ya que la sintomatología a veces es difusa o se le da poca importancia.
En el caso del paciente a pesar de encontrarse lesión tisular, se pudo manejar sin precisar cirugía, la evolución fue favorable, en una semana se progresó la dieta y tras cumplir el tratamiento pautado se le dio el alta del servicio.

BIBLIOGRAFIA.

1. **Enfermedad de Crohn.** *Disponible en :https://medlineplus.gov/spanish/crohnsdisease.html*
2. **NNNConsult** . *Disponible en: https://www.nnnconsult.com/*
3. ***Enfermedad de Crohn. ASCRS American Society of Colon and Rectal Surgeons.*** *Disponible en: https://www.fascrs.org/patients/disease-condition/enfermedad-de-crohn*
4. **Enfermedad de Crohn .NIDDK . National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases**. Disponible en: *https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-digestivas/enfermedad-crohn*
5. *Kappelman MD, Moore KR, Allen JK, Cook SF. Recent trends in the prevalence of Crohn's disease and ulcerative colitis in a commercially insured U.S. population. Digestive Diseases and Sciences. 2013.*

Resumen: *La enfermedad de Crohn, perteneciente al grupo de las enfermedades inflamatorias intestinales, consiste como su propio nombre indica en la inflamación e irritación crónica del sistema digestivo.*

La causa es principalmente desconocida, aunque el desarrollo de estudios ha identificado factores de riesgo asociados.

Puede afectar a personas de cualquier edad, pero la mayor incidencia se da en pacientes adultos jóvenes entre los 16 y los 40 años. Afecta por igual a hombres y mujeres. También cabe destacar que la enfermedad de Crohn se presenta más comúnmente en las personas que viven en los climas septentrionales.

Palabras Clave: *Enfermedad inflamatoria intestinal; enfermedad de Crohn; colitis ulcerosa.*

Introducción

La enfermedad de Crohn es un proceso inflamatorio crónico del tracto intestinal principalmente. Aunque puede afectar cualquier parte del tracto digestivo desde la boca hasta el ano, más comúnmente afecta la porción más baja del intestino delgado (íleon).

Puede recurrir varias veces durante la vida, identificándose períodos de remisión, a veces durante años, en los que los pacientes no presentan síntomas.

La principal causa es desconocida, estudios actuales reflejan que parece ser de carácter inmunitario. También se ha asociado una importante tendencia genética. La tercera causa es la toma de algunos fármacos como AINES (ibuprofeno o aspirina), anticonceptivos o algunos antibióticos.

Esta afección puede desarrollar complicaciones importantes si no se identifican los síntomas, que a veces son difusos, y se trata de manera adecuada. Entre las más comunes encontramos:

- Obstrucción intestinal.
- Fístulas.
- Abscesos.
- Fisuras anales.
- Úlceras.
- Desnutrición.
- Inflamación de áreas del cuerpo: Ojos, piel o articulaciones.

Es importante establecer un diagnóstico claro y diferencial con respecto a otras enfermedades inflamatorias intestinales, como la colitis ulcerosa.

Sintomatología y diágnostico

Debido a que la enfermedad de Crohn puede afectar cualquier parte del intestino, los síntomas pueden ser muy distintos entre un paciente y otro. Entre los principales encontramos:

- Dolor de abdomen.
- Diarrea.

ISBN: 978-84-949197-6-3

- Cólicos.
- Sangrado rectal.
- Pérdida de peso.
- Nauseas o pérdida apetito.
- Cambios en la piel: Protuberancias rojas y sensibles debajo de la piel.
- Fiebre.
- Períodos asintomáticos.

Es importante hacer una valoración exhaustiva del paciente para establecer el diagnóstico preciso y diferencial con respecto a otras enfermedades del transito intestinal.

Examen físico: Se llevará a cabo una valoración abdominal completa (signos de inflamación abdominal, abdomen depresible o la existencia del bazo o hígado más grandes del tamaño habitual. Auscultación de ruidos intestinales).

Pruebas de laboratorio:

- Análisis para la detección de anemia o infecciones. Actualmente, las pautas de los expertos no recomiendan realizar análisis genéticos o de anticuerpos para la enfermedad de Crohn.
- Análisis de sangre oculta en heces.

Procedimientos:

- TAC (Tomografia Axial Computerizada)
- Endoscopia intestinal (colonoscopia, endoscopia esofagogastroduodenal y enteroscopia)
- Valoracion del tránsito esofagogastroduodenal: Fluoroscopia, RX (radiografía) + bario para ver el tubo gastrointestinal.

Tratamiento

No existe cura para esta enfermedad.

El tratamiento intenta disminuir la inflamación intestinal, evitar brotes de los síntomas y mantener estos en remisión, a través de farmacología (aminosalicilatos, corticoides e inmunomoduladores), reposo intestinal y/o cirugía (aunque la cirugía no cura la enfermedad de Crohn, puede tratar las complicaciones y mejorar los síntomas).

Observación clínica y plan de cuidados

Varón de 45 años, no fumador, bebedor ocasional, sin AP de interés. Acude al servicio de Urgencias por presentar durante 5 días: Dolor anal y abdominal, diarrea, fiebre y moco en heces. Sin náuseas ni vómitos.

En la exploración física se identifican los siguientes hallazgos: El abdomen se encuentra distendido, globuloso, sin signos irritación peritoneal. Sensación de masa anal levemente dolorosa a la palpación.

Se realizan pruebas de laboratorio: Valorando niveles de hemoglobina, marcadores de infección, glóbulos blancos, entre otros parámetros.

Se realiza coprocultivo (toxina clostridium difíciles).

Pruebas complementarias: Rx de tórax y abdomen, resonancia magnética (visualizada fístula activa grado 2 y absceso proximal a nivel puborrectal), colonoscopia (Fístula activa con absceso, hemorroides internas grado I. Se toma biopsia identificándose lesión submucosa).

Ingresa en medicina interna recibiendo tratamiento con antibióticos, corticoides, protectores gástrico y analgésicos. Se mantiene al paciente con sueroterapia 1500 ml /día y dieta líquida por dolor abdominal.

Establecemos un plan de cuidado enfermero integral, orientado a disminuir los riesgos potenciales que pueda desarrollar el paciente, como la infección. Controlar las complicaciones que se puedan originar como deshidratación, fiebre o trastornos gastrointestinales (diarrea). Además de proporcionarle al paciente el máximo confort y bienestar, controlando factores como el dolor.

Discusión y conclusiones

Actualmente se evidencia un aumento en la epidemiología de esta enfermedad, siendo necesario conocer los síntomas con los que cursa para poder así intervenir de manera precoz, y prevenir en la manera de lo posible las complicaciones que conlleva. La problemática de esta patología surge porque se busca la ayuda terapéutica cuando la complicación ya se encuentra presente o incluso en estadios avanzados, ya que la sintomatología a veces es difusa o se le da poca importancia.

En el caso del paciente a pesar de encontrarse lesión tisular, se pudo manejar sin precisar cirugía, a través de medicación y dieta.

La evolución fue favorable, en una semana se progresó adecuadamente la dieta, y tras cumplir el tratamiento pautado se le dio el alta del servicio, con seguimiento médico a través de las citas en consulta de digestivo.

Bibliografía

1. Enfermedad de Crohn. ASCRS American Society of Colon and Rectal Surgeons. Disponible en: https://www.fascrs.org/patients/disease-condition/enfermedad-de-crohn.
2. Enfermedad de Crohn .NIDDK . National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Disponible en:https://www.niddk.nih.gov/health- information/informacion-de-la-salud/enfermedades-digestivas/enfermedad-crohn.
3. Kappelman MD, Moore KR, Allen JK, Cook SF. Recent trends in the prevalence of Crohn's disease and ulcerative colitis in a commercially insured U.S. population. Digestive Diseases and Sciences. 2013.
4. Molodecky NA, Soon IS, Rabi DM, et al. Increasing incidence and prevalence of the inflammatory bowel diseases with time, based on systematic review. Gastroenterology. 2012;142(1):46-54.

Capítulo 97

Enfermedad de Hirschsprung o megacolon congénito

Mora Muñoz, Eduardo

Olmo Trujillo, Coral

Sánchez-Izquierdo Castellanos, Sonia

ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG O MEGACOLON CONGÉNITO

INTRODUCCIÓN

DESCRIPCIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

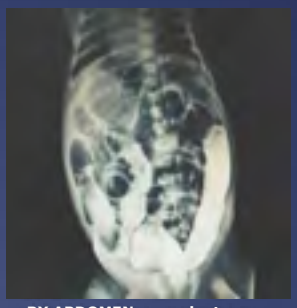
La enfermedad de Hirschsprung (EH) fue descrita por primera vez en 1888 por el médico danés Harald Hirschsprung. Es una enfermedad que se caracteriza por la ausencia de células ganglionares y fibras nerviosas de la parte distal del colon, generalmente desde los 3 a los 40 cm. Mayoritariamente aparece en los recién nacidos o en edades muy tempranas. Presenta dos tipos de límites: **límite inferior** (esfínter anal interno) y **límite**. Dentro de este último, hay varios subtipos:

- **Límite ultracorto o yustanal**: solo ocupa el recto distal.
- **Límite corto:** no más allá del sigma.
- **Límite largo:** cuando se acerca a la zona proximal del sigma.

Se presenta en aproximadamente 1 de cada 5.000 nacidos vivos, aunque sólo el 7% son prematuros, y puede ser esporádico o heredofamiliar (2,5-8% de los casos en las formas cortas, 20% en las largas).

SÍNTOMAS

ESTREÑIMIENTO (48 horas post- nacimiento)
ABDOMEN HINCHADO
DIARREA
VÓMITOS
DIFICULTAD EN LA EXPULSIÓN DEL MECONIO



RX ABDOMEN en paciente con Enfermedad de Hirschsprung

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

El diagnóstico se basará principalmente en la sospecha clínica, complementándola con otras pruebas diagnosticas como: biopsia rectal, radiografía con imagen en forma de huella de pulgar o la manometría (ausencia del reflejo recto anal inhibitorio).
El tratamiento definitivo es siempre quirúrgico.

OBJETIVO

La elección de la revisión literaria disponible para esta patología nos sirve para profundizar y describir la enfermedad, destacar aspectos relevantes como: el carácter genético o la incidencia, profundizar en el diagnóstico diferencial de otras patologías, repercusiones orgánicas de la cirugía y valorar las complicaciones más comunes de los pacientes con EH; pero el objetivo final es el más importante: ampliar el conocimiento de esta patología por parte de los profesionales sanitarios.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha utilizado una revisión bibliográfica sobre evidencia científica de casos de la enfermedad, así como la consulta de artículos científicos de dicha enfermedad. Las bases de datos usadas han sido: Cuiden, Pubmed, Biblioteca Virtual de Salud; páginas web de organismos oficiales como la asociación española de pediatría y portales bibliográficos como Dialnet o Revista Science Direct. Las palabras claves usadas son **"Hirschsprung", "agangliónico", "megacolon", "genética".** Los operadores booleanos usados han sido **"and" y "not".**

RESULTADOS

Los recién nacidos pueden presentar un síndrome obstructivo con riesgo de colitis, sepsis y perforación por lo que el diagnóstico tiene que ser precoz para realizar el tratamiento. En algunos pacientes el cuadro solo muestra un estreñimiento de aparición neonatal con eliminación tardía del meconio y su diagnóstico y tratamiento son más tardíos. Dentro del diagnóstico diferencial de la enfermedad, un aspecto relevante es el origen genético de la misma. Según la bibliografía consultada, son once genes en diferentes cromosomas los que presentan mutaciones: **RET, GDNF, NTN, EDNRB, EDN3, ECE1, S0X10, ZFHX1B, PHOX2B, TCF4, NTRK-3.**

El gen clave de la EH es el **RET** (Receptor transmembrana de la tirosinacinasa), se detecta hasta en un 50% de los casos familiares de EH y hasta en un 20% de los esporádicos, estando más relacionado con el trastorno de segmento largo. El gen **EDNRB** (Receptor de la endotelina B) se considera otro gen mayor, más relacionadas sus mutaciones con la EH de segmento corto, y que también interactuaría con el gen RET. Estas mutaciones hacen que se asocien otras patologías o síndromes como hidrocefalia, ependimoma del IV ventrículo, agenesia renal, criptorquidia, divertículo de Meckel, útero hipoplásico; también con el síndrome de Mowat-Wilson o Síndrome de Down (sean patologías o síndromes asociados más comunes en pacientes con EH).

Para diferenciarlo del otro tipo de megacolon ***(megacolon adquirido***), se basa en el aspecto genético y en la aparición temprana de los síntomas. Según la bibliografía consultada, la incidencia es de un caso cada 5000 nacidos vivos, presentando ***una relación de predominio masculino 3-4:1 sobre el femenino*** (en formas cortas de EH, siendo esa relación 1:1 en formas largas) y ***la incidencia sobre grupos étnicos*** suele ser: ***1, 1.5, 2.1 y 2.8 por cada 10.000 nacidos en hispánicos, caucasianos, afroamericanos y asiáticos***, respectivamente. En algunos grupos cerrados como los menonitas de Pensilvania llega a 1 por 500. Al revisar la documentación elegida se refiere una incidencia en adultos de unos ***300 casos descritos y documentados***.

Actualmente no existe un diagnóstico diferencial prenatal, que haga sospechar de la presencia de la enfermedad: La distensión abdominal se ve raramente en ecografías prenatales en niños con EH y no es un valor predictivo. Vistos anteriormente los genes con mutaciones, se puede entender que una de las medidas de diagnóstico de la enfermedad es un estudio genético. Hay controversia en la obligatoriedad de realizar un ***estudio genético*** a todos los niños/as nacidos/as con EH, por ello el consenso es ***no realizarlo a todos los niños afectados de la enfermedad de Hirschsprung***; si bien es cierto que en aquellos casos con segmento largo o aganglionosis total es aconsejable.

Como fase inicial del tratamiento quirúrgico, es importante preparar el colon para la cirugía vaciándolo de heces mediante irrigaciones de suero salino y maniobras de dilatación anal. De esta manera evitaremos la aparición de posibles episodios de enterocolitis y dejaremos un colon de calibre normal, previo a la cirugía.

El paciente con EH puede presentar una colostomía de descarga entre 36-48 meses, como método previo al cierre definitivo (tras una dilatación del colon importante más un episodio de enterocolitis). En los casos de EH de segmento ultracorto existen varias opciones terapéuticas como pueden ser las dilataciones forzadas, la esfinterotomía o la aplicación de infiltraciones de toxina botulínica.
Para los casos más habituales (EH de segmento corto), gracias al avance las técnicas de laparoscopia se ha podido solventar esta patología en una única intervención quirúrgica. Hay ciertos artículos científicos que describen el uso de células madre autólogas utilizadas para colonizar el colon agangliónico de niños con EH, aunque está en fase preliminar.

CONCLUSIONES

La enfermedad de Hirschsprung es una de las causas de mortalidad postnatal con más relevancia, tanto a corto como a largo plazo (por las repercusiones orgánicas que puede generar). Por ello es de utilidad el conocimiento de esta patología por parte de los profesionales sanitarios.
Es trascendental para un enfermero/a el conocimiento de las complicaciones o repercusiones orgánicas de la enfermedad. Hará que nuestro plan de actuación esté centrado y ajustado a cada paciente, dando valor a la pre-quirúrgica (técnica de administración de enemas con suero fisiológico), al cuidado de la herida quirúrgica y al manejo del estoma de la colostomía funcionante del niño.

Resumen: *La enfermedad de Hirschsprung (EH) se caracteriza por la ausencia de células ganglionares y fibras nerviosas de la parte distal del colon. Tiene un carácter genético principalmente (aspecto diferenciador sobre el megacolon adquirido), siendo su síntoma principal el estreñimiento en las primeras 48 horas de vida. El diagnóstico se basará principalmente en la sospecha clínica; complementándola con otras pruebas como biopsia rectal, la manometría (ausencia del reflejo recto anal inhibitorio). Su tratamiento definitivo es la cirugía.*

Palabras Clave: *Enfermedad de Hirschsprung; megacolon tóxico; megacolon.*

Introducción

La enfermedad de Hirschsprung (EH) fue descrita por primera vez en 1888 por el médico danés Harald Hirschsprung y se caracteriza por la ausencia de células ganglionares y fibras nerviosas de la parte distal del colon. Se presenta en aproximadamente 1 de cada 5.000 nacidos vivos. Tiene un carácter genético principalmente, siendo su síntoma principal el estreñimiento en las primeras 48 horas de vida.

Objetivo

La elección de la revisión literaria disponible nos sirve para profundizar y describir la enfermedad así como destacar el carácter genético, profundizar en el diagnóstico diferencial de otras patologías, repercusiones orgánicas de la cirugía y valorar las complicaciones más comunes de los pacientes con EH.

Material y métodos

Se ha utilizado una revisión bibliográfica sobre evidencia científica de casos de la enfermedad, así como la consulta de artículos científicos. Las bases de datos usadas han sido: Cuiden, Pubmed, Biblioteca Virtual de Salud; páginas web de organismos oficiales como la asociación española de pediatría y portales bibliográficos como Dialnet o Revista Science Direct.

Palabras clave: "Hirschsprung", "megacolon toxico", "megacolon". Los operadores booleanos usados han sido "and" y "not".

Resultados

Los recién nacidos pueden presentar un síndrome obstructivo con riesgo de colitis, sepsis y perforación por lo que el diagnóstico tiene que ser. En algunos pacientes el cuadro solo muestra un estreñimiento de aparición neonatal con eliminación tardía del meconio y su diagnóstico y tratamiento son más tardíos.

Dentro del diagnóstico diferencial de la enfermedad, un aspecto relevante es el origen genético de la misma. Según la bibliografía consultada, son once genes en diferentes cromosomas los que presentan mutaciones: RET, GDNF, NTN, EDNRB, EDN3, ECE1, S0X10, ZFHX1B, PHOX2B, TCF4, NTRK-3.

El gen clave de la EH es el RET (Receptor transmembrana de la tirosinacinasa), se detecta hasta en un 50% de los casos familiares de EH y hasta en un 20% de los esporádicos, estando más relacio-

ISBN: 978-84-949197-6-3

nado con el trastorno de segmento largo. El gen EDNRB (Receptor de la endotelina B) se considera otro gen mayor, más relacionadas sus mutaciones con la EH de segmento corto, y que también interactuaría con el gen RET. Estas mutaciones hacen que en pacientes con EH padezcan otro tipo de enfermedades o síndromes como hidrocefalia, ependimoma del IV ventrículo, agenesia renal, criptorquidia, divertículo de Meckel etc.

Para diferenciarlo del otro tipo de megacolon (megacolon adquirido), se basa en el aspecto genético y en la aparición temprana de los síntomas. Según la bibliografía consultada, la incidencia es de un caso cada 5000 nacidos vivos, presentando una relación de predominio masculino 3-4:1 sobre el femenino (en formas cortas de EH, siendo esa relación 1:1 en formas largas) y la incidencia sobre grupos étnicos suele ser: 1, 1.5, 2.1 y 2.8 por cada 10.000 nacidos en hispánicos, caucasianos, afroamericanos y asiáticos, respectivamente. Al revisar la documentación elegida se refiere una incidencia en adultos de unos 300 casos descritos y documentados.

Diagnóstico

Actualmente no existe un diagnóstico diferencial prenatal, que haga sospechar de la presencia de la enfermedad: La distensión abdominal se ve raramente en ecografías prenatales en niños con EH y no es un valor predictivo.

Vistos anteriormente los genes con mutaciones, se puede entender que una de las medidas de diagnóstico de la enfermedad es un estudio genético. Hay controversia en la obligatoriedad de realizar un estudio genético a todos los niños/as nacidos/as con EH, por ello el consenso es no realizarlo a todos los niños afectados de la enfermedad de Hirschsprung; si bien es cierto que en aquellos casos con segmento largo o aganglionosis total es aconsejable.

Tratamiento

Como fase inicial del tratamiento quirúrgico, es importante preparar el colon para la cirugía vaciándolo de heces mediante irrigaciones de suero salino y maniobras de dilatación anal.

El paciente con EH puede presentar una colostomía de descarga entre 36-48 meses, como método previo al cierre definitivo. En los casos de EH de segmento ultracorto existen varias opciones terapéuticas como pueden ser las dilataciones forzadas, la esfinterotomía o la aplicación de infiltraciones de toxina botulínica.

Para los casos más habituales (EH de segmento corto) las técnicas de laparoscopia han podido solventar esta patología en una única intervención quirúrgica.

Hay ciertos artículos científicos que describen el uso de células madre autólogas utilizadas para colonizar el colon agangliónico de niños con EH, aunque está en fase preliminar.

Complicaciones: En la mayoría de los casos, las complicaciones a corto plazo o inmediatas son escoriaciones perianales, dehiscencias, obstrucción intestinal e infecciones, pero las que condicionan la calidad del paciente son las complicaciones tardías como son enterocolitis (5-42 % de casos y potencialmente mortal), incontinencia fecal (relacionada a la etapa post-quirúrgica y presente entre el 75-95% casos), estreñimiento (afecta al 8-20 % de pacientes y puede aparecer a posteriori de la intervención) y la enuresis (la mas poco frecuente, y en algunos casos necesita reintervención).

Conclusión

La enfermedad de Hirschsprung es una de las causas de mortalidad postnatal con más relevancia, tanto a corto como a largo plazo. Es trascendental para un enfermero/a el conocimiento de las complicaciones o repercusiones orgánicas de la enfermedad. Hará que nuestro plan de actuación esté centrado y ajustado a cada paciente, dando valor a los cuidados pre-quirúrgicos, al cuidado de la herida quirúrgica y al manejo de la colostomía del niño.

Bibliografía

1. De Manueles, JJ., De la Rubia, FL. Enfermedad de Hirschsprung. Protocolos diagnósticos y terapéuticos de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica. Asociación Española de Pediatría (2010): 47-52. Madrid [Consultado el 02 de Febrero de 2019];Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/Hirschsprung.pdf.
2. López Ruiz José Antonio, Tallón Aguilar Luis, Sánchez Moreno Laura, López Pérez José, Pareja Ciuró Felipe, Oliva Mompeán Felipe y Padillo Ruiz Javier: Enfermedad de Hirschsprung en el adulto que debuta como obstrucción intestinal aguda. A propósito de un caso. Revista Española de Enfermería Digestiva 2016, Vol. 108, N. º 11, pp. 742-746.
3. VVAA. Portal de Información de información de enfermedades raras y medicamentos huérfanos INSERM US14 (Institut national de la santé et de la recherche médicale). Francia Enlace web: www.orpha.net.
4. Bixquert Jiménez M. : Megacolon congénito y adquirido: Practica Clínica en Gastroenterología y Hepatología. Asociación Española de Gastroenterología. (2015), Cap. 35, Pág.: 569-580. Madrid.
5. Vega Hernández. L, Castaño González. L, Belar Beitia. O, Ruíz Aja. E, Martínez Ezquerra. N, López Álvarez-Buhilla. Estudio de polimorfismos asociados a la enfermedad de Hirschsprung (2011). Cirugía Pediátrica; 24: 131-136. (Consultado el 02 de Febrero de 2019). Enlace web: https://www.secipe.org/coldata/upload/revista/2011_24-3_131-136.pdf.

Capítulo 98

Enfermería en el tratamiento de las quemaduras en la población infantil

Cofrade Delgado, Virginia

Espadas Sánchez, María

Muñoz Poblete, César Nicolas

Fernández Padrón, Marcos

Poyatos Ruiz, María Dolores

Bonales Domínguez, María Pilar

ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO DE QUEMADURAS EN LA POBLACIÓN INFANTIL

INTRODUCCIÓN

Las quemaduras son uno de los accidentes domésticos que con más frecuencia se dan en la población infantil. Del total de consultas por quemaduras, dos tercios son niños.
Las quemaduras en estas edades son muy complejas y difíciles de manejar, pues a parte del riesgo de muerte, están las secuelas que pueden dejar, secuelas que pueden llegar a ser invalidantes y/o estéticas.

Por tanto, es necesario un conocimiento lo más exacto de este procedimiento, una buena valoración enfermera de su progresión y una atención/actuación adecuada e integrada en los distintos niveles asistenciales.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Niño de 8 años de edad sin antecedentes médicos de interés y sin alergias medicamentosas conocidas.

Acude al Servicio de Urgencias Hospitalarias de Puertollano el 06/03/18.

A su llegada, presenta quemadura de espesor parcial superficial en eminencia hipotenar de mano derecha con flictena única, eritema local y dolor, sin afectación de tejidos profundos.

Según refiere el niño, estaba jugando al lado de una estufa de leña, ha perdido el equilibrio y ha puesto la mano derecha en la misma.

Tras la observación y exploración física de la zona (comprobando que no hay secuelas invalidantes), se procede a iniciar tratamiento de la quemadura.

Se realiza cura con limpieza con S.F.+ sulfadizina de plata+ colocación de apósito con gasas estériles+ vendaje de mano derecha.

Se indican curas diarias por su enfermera de zona.

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.

Comenzamos el tratamiento de la quemadura el 06/03/18 realizando curas diarias de la misma.
Se realiza limpieza con S.F.+ sulfadiazina de plata (*Silvederma*) + colocación de apósito con gasas estériles+ vendaje de mano derecha.

Tras cinco días de evolución y observar que la flictena que se encuentra evacuada, se ha quedado estancado y no evoluciona, por lo que se decide, a fecha de 11/03/18, cambiar el tratamiento limpieza con S.F.+ nitrofural (*Furacín*)+ colocación de apósito con gasas estériles+ vendaje de mano derecha.

Se observa una gran mejoría tras el cambio de tratamiento, por lo que se decide continuar con limpieza con S.F.+ nitrofural (*Furacín*) + colocación de apósito con gasas estériles+ vendaje de mano derecha.

Existe una buena tolerancia al tratamiento y una evolución muy favorable de la herida, consiguiendo una cicatrización completa de la quemadura y alta del paciente en curas el 21/03/2018.



Figura 1
06/03/18: Inicio Curas con Silvederma

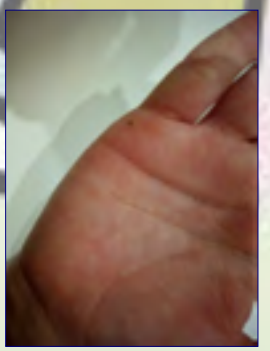


Figura 2
11/03/18: No evolución.
Se inician curas con Furacín

Figura 3
15/03/18: Evolución Favorable



ALTA POR CURACIÓN EL 21/03/2018.



DISCUSIÓN

Tras la realización de curas durante 15 días, siendo la primera parte con sulfacidina argentica, podemos constatar, que la evolución de la herida ha sido satisfactoria con el uso de nitrofural, consiguiendo la resolución total en 10 días, no quedando cicatriz alguna en la mano del niño.

CONCLUSIONES

Tras 15 días de tratamiento, se ha conseguido la total cicatrización y regeneración de la zona.

Queda demostrado que un conocimiento lo más exacto de este procedimiento junto con una buena valoración enfermera, es imprescindible y de vital importancia en el tratamiento de quemaduras en edades pediátricas, ofreciendo de esta manera a nuestros pacientes una mayor calidad en la atención recibida así como una mejor calidad de vida.

Resumen: *Las quemaduras son uno de los accidentes domésticos que con más frecuencia se dan en la población infantil. Del total de consultas por quemaduras, dos tercios son niños.*

Las quemaduras en estas edades son muy complejas y difíciles de manejar, pues a parte del riesgo de muerte, están las secuelas que pueden dejar, secuelas que pueden llegar a ser invalidantes y/o estéticas.

Palabras Clave: *Quemaduras; enfermería; niños.*

Objetivo

Es necesario un conocimiento lo más exacto de este procedimiento, una buena valoración enfermera de su progresión y una atención/actuación adecuada e integrada en los distintos niveles asistenciales.

Observación clínica

Niño de 8 años de edad sin antecedentes médicos de interés y sin alergias medicamentosas conocidas.

Acude al servicio de Urgencias Hospitalarias de Puertollano el 06/03/18. A su llegada, presenta quemadura de espesor parcial superficial en eminencia hipotenar de mano derecha con flictena única, eritema local y dolor, sin afectación de tejidos profundos. Según refiere el niño, estaba jugando al lado de una estufa de leña, ha perdido el equilibrio y ha puesto la mano derecha en la misma. Tras la observación y exploración física de la zona (comprobando que no hay secuelas invalidantes), se procede a iniciar tratamiento de la quemadura. Se realiza cura con limpieza con S.F.+ sulfadizina de plata+ colocación de apósito con gasas estériles+ vendaje de mano derecha. Se indican curas diarias por su enfermera de zona.

Plan de cuidados enfermeros

Comenzamos el tratamiento de la quemadura el 06/03/18 realizando curas diarias de la misma. Se realiza limpieza con S.F.+sulfadiazina de plata (Silvederma) + colocación de apósito con gasas estériles+ vendaje de mano derecha.

Tras cinco días de evolución y observar que la flictena que se encuentra evacuada, se ha quedado estancado y no evoluciona, por lo que se decide, a fecha de 11/03/18, cambiar el tratamiento limpieza con S.F.+nitrofural (Furacín)+colocación de apósito con gasas estériles+ vendaje de mano derecha.

Se observa una gran mejoría tras el cambio de tratamiento, por lo que se decide continuar con limpieza con S.F.+ nitrofural (Furacín) + colocación de apósito con gasas estériles+vendaje de mano derecha.

Existe una buena tolerancia al tratamiento y una evolución muy favorable de la herida, consiguiendo una cicatrización completa de la quemadura y alta del paciente en curas el 21/03/2018.

ISBN: 978-84-949197-6-3

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.

Discusión

Tras la realización de curas durante 15 días, siendo la primera parte con sulfacidina argentica, podemos constatar, que la evolución de la herida ha sido satisfactoria con el uso de nitrofural, consiguiendo la resolución total en 10 días, no quedando cicatriz alguna en la mano del niño.

Conclusiones

Tras 15 días de tratamiento, se ha conseguido la total cicatrización y regeneración de la zona.

Queda demostrado que un conocimiento lo más exacto de este procedimiento junto con una buena valoración enfermera, es imprescindible y de vital importancia en el tratamiento de quemaduras en edades pediátricas, ofreciendo de esta manera a nuestros pacientes una mayor calidad en la atención recibida así como una mejor calidad de vida.

Bibliografía

1. NANDA, diagnosticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2015-2017. Elsevier SA España. 512 pag. 2015.
2. VV.AA. Interrelaciones NANDA, NIC, NOC. Elsevier SA España. 2006.
3. Bulechek, GM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), 5ª Ed. Elsevier SA España- 2009.

Capítulo 99

Enfermería en la visita prequirúrgica: Clave para la seguridad preoperatoria

Fernández Barranco, Sara

Rodríguez Medina, Leticia María

Ordóñez Urbano, María del Carmen

ENFERMERÍA EN LA VISITA PREQUIRÚRGICA: CLAVE PARA LA SEGURIDAD PREOPERATORIA

FERNÁNDEZ BARRANCO, SARA; RODRÍGUEZ MEDINA, LETICIA MARÍA; ORDÓÑEZ URBANO, MARÍA DEL CARMEN

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es, sin duda, una prioridad de la calidad asistencial.

En los últimos años hemos observado que la gran mayoría de pacientes ingresan en el hospital el mismo día que van a ser intervenidos.



Con frecuencia, la organización y distribución del personal de enfermería en los quirófanos impide que la visita prequirúrgica se realice esa misma mañana en las plantas de hospitalización. Como consecuencia el personal de enfermería se ve forzado a iniciar la visita prequirúrgica en la consulta preoperatoria.

OBJETIVOS

- ✓ Revisar la evidencia científica disponible sobre el papel de enfermería en la visita prequirúrgica.
- ✓ Aumentar nuestros conocimientos sobre la importancia del check list preoperatorio, como base de una asistencia sanitaria fundamentada en la seguridad asistencial.
- ✓ Transmitir la experiencia de los profesionales de enfermería, derivada de la implantación rutinaria de la visita prequirúrgica en la fase preoperatoria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión bibliográfica de la literatura existente en distintas bases de datos (PUBMED, CINHAL, CUIDEN Plus, SCIELO, Biblioteca Cochrane, Medline, Gerión) y en el buscador Google académico.

Criterios de inclusión: (De 17 artículos revisados, 13 fueron seleccionados)

El límite temporal fue de 6 años.

Artículos disponibles a texto completo gratuito.

Idioma: inglés y/o castellano.

Palabras clave:

Visita prequirúrgica, fase preoperatoria, check list, seguridad & enfermería.

RESULTADOS

Visita prequirúrgica = visita terapéutica, basada en un clima de confianza y comunicación fluida. Es de suma importancia la comprobación de los datos clínicos y personales del usuario sin caer en un acto rutinario.

✓ Tras analizar la bibliografía disponible, hemos observado, que las preguntas de comprobación llevadas a cabo en esta fase preoperatoria, lejos de importunar al paciente, consiguen transmitirle sensación de seguridad.

✓ Durante esta entrevista se debe cumplir con la entrega de una información básica y clara.

✓ Un paciente que entiende la información que recibe, multiplica x4 la seguridad en su decisión de operarse.

✓ Lo ideal, es que la enfermera que recibe al paciente en quirófano el día de la cirugía, sea la misma que realizó la visita prequirúrgica → aportará tranquilidad y confianza.

✓ Para ello, algunos estudios consultados, recomiendan que el personal de enfermería entregue en la visita prequirúrgica, documentos por escrito donde se indiquen las recomendaciones preoperatorias, junto a información de lo que ocurrirá el día de la intervención.

✓ Especificaremos todo aquello que el paciente y familia deben conocer sobre la distribución de la unidad quirúrgica. Comenzando en la sala de recepción, paso por quirófano, salida al área de reanimación y el alta.

✓ Existe evidencia científica de que una correcta información durante esta entrevista personalizada, aumenta la seguridad del paciente, su satisfacción y disminuye, en cierta medida, la ansiedad y el temor a la cirugía. Llegando, en algunos estudios, a un mejor control del dolor postoperatorio.



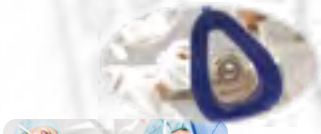
CONCLUSIÓN

La seguridad del paciente constituye un excelente indicador de la calidad asistencial. Aprovechamos para animar a todos los profesionales sanitarios a la inclusión de la visita prequirúrgica dentro del proceso preoperatorio.

En dicha visita el personal de enfermería, lleva a cabo una entrevista personalizada, con el fin de proporcionar información, aumentar los conocimientos en autocuidados y disminuir la ansiedad y el temor. De esta manera se promueve la participación del ciudadano en el proceso asistencial y la prevención de posibles eventos adversos.

BIBLIOGRAFÍA

- ❖ Góngora Hernández, F. , Pérez Pallarés, M. L. , Torres María, R. (2017) Papel de la enfermera en la visita prequirúrgica: Reducción de ansiedad perioperatoria y dolor postoperatorio. Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud, 3 (46), 327- 332.
- ❖ Imbernón Casas, G., Bagés Fortacín, C., Vázquez Morillo, D., Munté Prunera, N., Lleixá Fortuño, M., & Español Puig, C. (2015). Efectividad de la visita prequirúrgica sobre la ansiedad, el dolor y el bienestar. Enfermería Global, 14(3), 29-40.
- ❖ Jakimowicz, S., Stirling, C., & Duddle, M. (2015). An investigation of factors that impact patients' subjective experience of nurse-led clinics: a qualitative systematic review. Journal of clinical nursing, 24(1-2), 19-33.
- ❖ López Herrera , J. L. , et al. Calidad de la visita preoperatoria de enfermería. (2017). Calidad de la visita preoperatoria de enfermería. Enfermería Investiga: Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión, 2(2), 64-67.
- ❖ Rodríguez Solís, P. (2017). Efecto de la visita pre-quirúrgica de enfermería en los pacientes que van a ser intervenidos de forma programada con ingreso hospitalario. Facultad de Enfermería de Valladolid.





Resumen: *Dentro del equipo quirúrgico, el check list preoperatorio es la base de una asistencia sanitaria fundamentada en la seguridad asistencial. El objetivo de este trabajo es presentar una experiencia de trabajo sobre la implantación rutinaria de la visita prequirúrgica en la fase preoperatoria. En esta visita prequirúrgica, el personal de enfermería trabaja conjuntamente con el paciente y su familia, para ayudarles a afrontar la intervención quirúrgica en las mejores condiciones de seguridad y confort. Además hemos encontrado evidencia científica, de que aumenta la seguridad del paciente, su satisfacción y puede disminuir la ansiedad y el temor a la cirugía.*

Palabras Clave: *Visita prequirúrgica; enfermería; seguridad.*

Introducción

En las últimas décadas, la seguridad del paciente se ha convertido en una prioridad de los cuidados de enfermería, con el objetivo de promover la participación del ciudadano en el proceso asistencial y en la prevención de eventos adversos.

Cada vez es más habitual observar que la gran mayoría de pacientes que van a someterse a una intervención quirúrgica, sean ingresados en el hospital el mismo día que van a ser intervenidos. Con frecuencia, la organización y distribución del personal de enfermería en los quirófanos impide que la visita prequirúrgica se realice esa misma mañana en las plantas de hospitalización.

Sabemos que el procedimiento más adecuado sería programar una valoración con la suficiente antelación, que nos permitiera intervenir con el paciente en varias ocasiones. Sin embargo, sabiendo que esta posibilidad no es viable, el personal de enfermería de nuestro hospital, se ve forzado a iniciar la visita prequirúrgica en la consulta preoperatoria. El fin último es darnos a conocer y crear un lazo con nuestros pacientes, fuera del contexto quirúrgico, que luego usemos para dar apoyo en el interior del quirófano.

Objetivos

- Revisar la evidencia científica disponible sobre el papel de enfermería en la visita prequirúrgica.
- Aumentar nuestros conocimientos sobre la importancia del check list preoperatorio, como base de una asistencia sanitaria fundamentada en la seguridad asistencial.
- Transmitir la experiencia de los profesionales de enfermería, derivada de la implantación rutinaria de la visita prequirúrgica en la fase preoperatoria.

Material y métodos

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica de 17 artículos científicos en distintas bases de datos (PUBMED, CINHAL, CUIDEN Plus, SCIELO, Biblioteca Cochrane, Medline, Gerión) y en el buscador Google académico. Como criterios de inclusión se ha establecido un rango de fechas, de artículos con una antigüedad máxima de 5 años. Los descriptores utilizados fueron: Visita prequirúrgica, seguridad & enfermería. Se seleccionaron aquellos documentos disponibles a texto completo gratuito en castellano e inglés. Solo cumplieron los criterios de inclusión 13 artículos.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Resultados

El check list preoperatorio, se desarrolla en una visita prequirúrgica en donde el personal de enfermería trabaja conjuntamente con el paciente y su familia, para ayudarles a afrontar la intervención quirúrgica en las mejores condiciones de seguridad y confort.

Cuando hablamos de visita prequirúrgica, nos referimos a una visita terapéutica, basada en un clima de confianza y comunicación fluida. Es de suma importancia la comprobación de los datos clínicos y personales del usuario sin caer en un acto rutinario.

Tras analizar la bibliografía disponible, hemos observado, que las preguntas de comprobación llevadas a cabo en esta fase preoperatoria, lejos de importunar al paciente, consiguen transmitirle sensación de seguridad. Durante esta entrevista se debe cumplir con la entrega de una información básica y clara. Un paciente que entiende la información que recibe, multiplica cuatro veces la seguridad en su decisión de operarse.

Para ello, algunos estudios consultados, recomiendan que el personal de enfermería entregue en la visita prequirúrgica, documentos por escrito donde se indiquen las recomendaciones preoperatorias, junto a información de lo que ocurrirá el día de la intervención. Especificaremos todo aquello que el paciente y familia deben conocer sobre la distribución de la unidad quirúrgica. Comenzando en la sala de recepción, paso por quirófano, salida al área de reanimación y el alta.

Existe evidencia científica de que una correcta información durante esta entrevista personalizada, aumenta la seguridad del paciente, su satisfacción y disminuye, en cierta medida, la ansiedad y el temor a la cirugía. Llegando, en algunos estudios, a un mejor control del dolor postoperatorio.

Lo ideal, es que la enfermera que recibe al paciente en quirófano el día de la cirugía, sea la misma que realizó la visita prequirúrgica, ya que aportará tranquilidad y confianza.

Conclusión

La seguridad del paciente constituye un excelente indicador de la calidad asistencial. Con una asistencia sanitaria cada día más efectiva, se minimizará el riesgo de complicaciones postoperatorias, la recuperación del usuario será más rápida, y la hospitalización será más breve. Es de suma importancia la participación de todo el personal que de alguna manera se relaciona con el paciente, puesto que la seguridad es una responsabilidad profesional que concierne a todos.

Tras analizar la literatura encontrada, hemos comprobado que existe evidencia científica suficiente para afirmar que la visita prequirúrgica y la intervención enfermera previa a la entrada del paciente en quirófano, es beneficiosa para los pacientes y sus familiares.

Aprovechamos para animar al personal de enfermería, a la inclusión de la visita prequirúrgica dentro del proceso preoperatorio. En dicha visita las enfermeras llevamos a cabo una entrevista personalizada, con el fin de proporcionar información a nuestros pacientes, aumentar sus conocimientos en autocuidados y disminuir la ansiedad y el temor. De esta manera se promueve la participación del ciudadano en el proceso asistencial y la prevención de posibles eventos adversos.

Bibliografía

1. Góngora Hernández F, Pérez Pallarés ML, Torres María R. Papel de la enfermera en la visita prequirúrgica: Reducción de ansiedad perioperatoria y dolor postoperatorio. Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud. 2017;3(46):327-332.

2. Imbernón Casas G, Bagés Fortacín C, Vázquez Morillo D, Munté Prunera N, Lleixá Fortuño M, Español Puig C. Efectividad de la visita prequirúrgica sobre la ansiedad, el dolor y el bienestar. Enfermería Global. 2015;14(3):29-40.

3. Jakimowicz S, Stirling C, Duddle M. An investigation of factors that impact patients' subjective experience of nurse-led clinics: a qualitative systematic review. Journal of clinical nursing. 2015;24(1-2):19-33.

4. López Herrera JL, et al. Calidad de la visita preoperatoria de enfermería. (2017). Calidad de la visita preoperatoria de enfermería. Enfermería Investiga: Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión. 2017;2(2):64-67.

5. Rodríguez Solís P. Efecto de la visita pre-quirúrgica de enfermería en los pacientes que van a ser intervenidos de forma programada con ingreso hospitalario. Facultad de Enfermería de Valladolid;2017.

Capítulo 100

Enfermería y los errores de la medicación

Ruiz López, María de las Nieves

Fernández Villa, Soraya

Mora Golderos, Gema

Díaz Rincón, Laura María

Álvarez Asensio, María Nieves

ENFERMERÍA Y LOS ERRORES DE LA MEDICACIÓN

INTRODUCCIÓN

Los errores de la medicación pueden ocasionar graves consecuencias en los pacientes, siendo actualmente un gran problema de Salud Pública. Los estudios realizados en España revelan que los errores de medicación pueden causar Reacciones Adversas Medicamentosas (RAM) en el 1,4% de los pacientes ingresados, y que entre un 4,7-5,3% del total de ingresos se deben a errores, con un coste de hasta 3000 euros por paciente y estancia.

En el año 2005 en España se desarrolló el Estudio Nacional de Efectos Adversos (ENEAS) para determinar los efectos adversos que más se producían en los hospitales. Se detectó que en un 8,4% de las historias revisadas, se había registrado algún efecto adverso de los cuales un 37,4% fueron errores de medicación.

OBJETIVOS

1. **Objetivo General**:

-Revisar la documentación disponible sobre errores de medicación en el ámbito de la Enfermería.

2. Objetivos Específicos:

-Reconocer los factores causales más frecuentes de la producción de errores tanto en la preparación como en la administración por parte de los profesionales de la Enfermería.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática, a partir de la consulta de diferentes **bases de datos** como Dialnet, sCielo, Cuiden, PubMed y la biblioteca Cochrane. Se utilizan como **palabras clave:** *errores de medicación, enfermería, factores causales*. Para la búsqueda se han utilizado los operadores booleanos "AND" y "OR", y como herramientas de lectura crítica, CASPe y AGREE.

Como **criterios de inclusión**, se han tenido incluido artículos publicados entre los años 2008-2018, con acceso gratuito de forma íntegra, publicados indistintamente en español o en inglés y artículos que versen sobre los errores producidos por los profesionales de la enfermería. Como **criterios de exclusión**, artículos que hablan sobre los errores producidos por otros profesionales.

RESULTADOS

Los principales errores identificados son:

ERRORES POR PROCESOS EN EL SISTEMA DE UTILIZACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS

El personal de enfermería es el colectivo que mayor porcentaje de errores comete en la práctica asistencial, un 34% de los errores se cometen en la administración.

ERRORES EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

El personal de enfermería no comprueba la orden médica con la hoja de medicación, ni tampoco verifica "los 5 correctos". Los tipos de errores más frecuentes son:

- Error por omisión: produciéndolo hasta un 14,2% de las enfermeras por la falta de disponibilidad del medicamento en la unidad o que la medicación no ha sido transcrita a la hoja de medicación.
- Hora incorrecta del medicamento: por elevada sobrecarga de trabajo, falta de personal en la unidad, amplia variedad de medicamentos que se deben administrar en la misma hora o las interrupciones.
- Medicamento incorrecto: hasta en un 27% de los casos, debido a fallos en las fases anteriores de la secuencia. Otra causa sería la similitud entre envasado y etiquetado.
- Paciente incorrecto: hasta un 26,2% de las enfermeras cometen este error siendo un incidente con consecuencias potencialmente graves. La causa se debe a la falta de identificación del paciente o a la excesiva confianza en el trabajo realizado.
- Dosis incorrectas: por escritura poco legible, uso de abreviaturas o mal cálculo de dosis.

FACTORES CAUSALES QUE CONTRIBUYEN A LOS ERRORES DE MEDICACIÓN

- Comunicación: la falta de comunicación entre profesionales, las prescripciones ilegibles o verbales, el cambio frecuente de medicación.
- Condiciones de trabajo: la sobrecarga de trabajo por insuficiente personal, el cansancio por el exceso de trabajo (estrés, cambios de turno, síndrome del burn-out), o las interrupciones durante la preparación de la medicación.
- Falta de conocimientos farmacológicos: por falta de formación o por conocimientos deficientes en la preparación.
- Experiencia insuficiente o entrenamiento inadecuado.

CONCLUSIONES

-Los errores de medicación son habituales en la práctica de enfermería. Se trata en la mayoría de los casos de errores leves, sin embargo, es necesario realizar una buena planificación y supervisión para intentar evitarlos.

-Los errores más comunes son los relacionados con "los 5 correctos".

-Los factores causales más frecuentes son: la sobrecarga de trabajo por el número insuficiente de profesionales de enfermería y las interrupciones y/o distracciones en cualquiera de las fases de preparación y administración de medicamentos.

Resumen: *Los fallos en la administración de medicación pueden ocasionar graves consecuencias en los pacientes, como reacciones adversas medicamentosas (RAM), suponiendo un problema de Salud Pública.*

La enfermera se encarga de preparar y administrar dichos medicamentos, pudiendo cometer errores por varios factores.

El objetivo es identificar las causas de los errores y aplicar medidas correctoras. Se realiza una revisión bibliográfica sistemática.

Los resultados reflejan que los fallos de los profesionales enfermeros se relacionan con los 5 correctos. La sobrecarga de trabajo y las distraccion son las más frecuentes. Se concluye diciendo que el establecimiento de medidas correctoras, mejoran la calidad asistencial.

Palabras Clave: *Errores de medicación; enfermería; factores causales.*

Introducción

Los errores de la medicación pueden ocasionar graves consecuencias en los pacientes, siendo actualmente un gran problema de Salud Pública.

Los estudios realizados en España revelan que los errores de medicación pueden causar RAM en el 1,4% de los pacientes ingresados, y que entre un 4,7- 5,3% del total de ingresos se deben a errores, con un coste de hasta 3000 euros por paciente y estancia.

En el año 2005 en España se desarrolló el Estudio Nacional de Efectos Adversos (ENEAS) para determinar los efectos adversos que más se producían en los hospitales.Se detectó que en un 8,4% de las historias revisadas, se había registrado algún efecto adverso de los cuales un 37,4% fueron errores de medicación.

Objetivos

Objetivo general: Revisar la documentación disponible sobre errores de medicación en el ámbito de la enfermería.

Objetivos específicos: Reconocer los factores causales más frecuentes de la producción de errores tanto en la preparación como en la administración por parte de los profesionales de la Enfermería.

Material y métodos

Se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática, a partir de la consulta de diferentes bases de datos como Dialnet, sCielo Cuiden, PubMed y la biblioteca Cochrane. Para la búsqueda se han utilizado los operadores booleanos“ or “ y como herramientas de lectura crítica, CASPe y AGREE.

Como criterios de inclusión se han incluido artículos publicados entre los años 2008-2018 con acceso gratuito de forma íntegra, publicados indistintamente en español o en inglés y también aquellos artículos que versen sobre los errores producidos por los profesionales de la enfermería. Como criterios de exclusión, se han descartado artículos que hablan sobre los errores producidos por otros profesionales, como médicos o farmacéuticos.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Resultados

Los principales errores identificados son:

Errores por procesos en el sistema de utilización de los medicamentos

Las etapas más investigadas han sido las de preparación y administración de medicamentos donde tanto médicos, como farmacéuticos y enfermeros participan, aumentando el riesgo de cometer errores.

El personal de enfermería es el colectivo que mayor porcentaje de errores comete en la práctica asistencial, un 34 % de los errores se cometen en la administración.

Errores en la administración de medicamentos

El personal de enfermería no comprueba la orden médica con la hoja de medicación, ni tampoco verifica "los 5 correctos" ya que la mayoría de los errores se producen en este eslabón de la secuencia. Los tipos de errores más frecuentes citados en la revisión son:

- Error por omisión: produciéndolo hasta un 14,2 % de las enfermeras por la falta de disponibilidad del medicamento en la unidad o que la medicación no ha sido transcrita a la hoja de medicación.
- Hora incorrecta del medicamento: por elevada sobrecarga de trabajo, falta de personal en la unidad, amplia variedad de medicamentos que se deben administrar en la misma hora o las interrupciones.
- Medicamento incorrecto: hasta en un 27 % de los casos, debido a fallos en las fases anteriores de la secuencia. Otra causa sería la similitud entre envasado y etiquetado.
- Paciente incorrecto: hasta un 26,2 % de las enfermeras cometen este error siendo un incidente con consecuencias potencialmente graves. La causa se debe a la falta de identificación del paciente o a la excesiva confianza en el trabajo realizado.
- Dosis incorrectas: por escritura poco legible, uso de abreviaturas o mal cálculo de dosis.

Factores causales que contribuyen a los errores de medicación

- Comunicación: La falta de comunicación entre enfermeros y médicos, las prescripciones ilegibles o verbales, el cambio frecuente de medicación o la falta de comunicación entre enfermeros.
- Condiciones de trabajo: la sobrecarga de trabajo por insuficiente personal, el cansancio por el exceso de trabajo (estrés, cambios de turno, síndrome del burn out), o las interrupciones durante la preparación de la medicación.
- Falta de conocimientos farmacológicos: por falta de formación o por conocimientos deficientes en la preparación.
- Experiencia insuficiente o entrenamiento inadecuado.

Conclusiones

Los errores de medicación son habituales en la práctica de enfermería. Se trata en la mayoría de los casos de errores leves, sin embargo, es necesario realizar una buena planificación y supervisión para intentar evitarlos.

Los errores más comunes son los relacionados con “los 5 correctos”.

Los factores causales más frecuentes son: la sobrecarga de trabajo por el número insuficiente de profesionales de enfermería y las interrupciones y/o distracciones en cualquiera de las fases de preparación y administración de medicamentos.

Bibliografía

1. Otero López MJ, Alonso Hernández P, Maderuelo Fernández JA, Garrido-Corro B, Domínguez-Gil Hurlé A, Sánchez-Rodríguez A. Acontecimientos adversos prevenibles causados por medicamentos en pacientes hospitalizados. Med Clin (Barc) [internet]. 2006 [citado 4 de enero de 2016]; 126 (03):81-7. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13083875&pide.

2. Tribunal Nacional Ético de Enfermería [internet]. Bogota D.C Colombia: Actualizaciones en Enfermería, una nueva Celebración; 2014 [actualizado 27 de enero del 2016; citado 3 de enero de 2016]. Disponible en:http://www.ull.es/view/institucional/bbtk/Lista_referencias_Vancouver/es.

3. Gómez Córdoba AI, Espinosa Fernanda A. Dilemas éticos frente a la seguridad del paciente. Cuidar es pensar. Aquichan [internet]. 2006 [citado 3 de enero de 2016]; 6 (1): 54-67. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74160107.

4. Hospital universitario de Salamanca. Instituto para el uso seguro de los Medicamentos (ISMP), Delegación Española del Institute for safe medication practices [internet] Salamanca.

5. Otero López MJ. Errores de medicación y gestión de riesgos. Rev Esp Salud Pública [internet]. 2003 [citado 20 de enero de 2016]; 77 (5). 527-40. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272003000500003&script=sci_arttext.

Capítulo 101

Enfermería: Papel clave en el cumplimiento terapéutico de pacientes con Diabetes Mellitus tipo II

Alañón Barba, María del Pilar

ENFERMERÍA: PAPEL CLAVE EN EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II

XI Congreso de Investigación Enfermería y Fisioterapia. SATSE



INTRODUCCIÓN

La **diabetes mellitus tipo 2 (DM II)** es una enfermedad crónica con tratamiento **COMPLEJO** que incluye toma de medicación y cambios en el estilo de vida.

El **30%** de los pacientes crónicos no toma correctamente su medicación y el **21%** abandona el tratamiento una vez empezado.

Esto supone un **problema de ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**, que afecta al paciente, profesionales sanitarios e industria, en el que la enfermera tiene una labor muy importante.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica con artículos publicados en las bases de datos Scielo, Cochrane Plus, SCOPUS y Google académico.

Palabras claves: *enfermería, diabetes mellitus tipo 2, adherencia al tratamiento* y su traducción al inglés.

Criterios inclusión: todo tipo de estudios en español e inglés con pacientes de más de 18 años en tratamiento con antidiabéticos, independientemente de la duración del mismo.
Criterios de exclusión: artículos anteriores a 2009, estudios en paciente pediátrico.

No se evaluó la calidad metodológica de los estudios.

OBJETIVO

- Establecer si las intervenciones de enfermería favorecen a la adherencia al tratamiento en pacientes con DM II y cuáles son éstas.

RESULTADOS

Se obtuvieron 11 estudios, de los cuales 7 resultaron útiles.

ESTUDIO	PAÍS	N	DISEÑO	RESULTADOS
Diario Enfermero, 2017	España	-	Artículo revista online	La falta de adherencia en tratamientos crónicos supone un importante problema de salud.
Canales Vergara et al, 2014	Chile	118	Estudio longitudinal de cohortes	Relación entre apoyo social y autoeficacia con adherencia terapéutica en pacientes DM II.
Lozano del Hoyo et al, 2013	España	232	Estudio cuasiexperimental	Influencia de intervención enfermera en un mejor control metabólico y adherencia al tratamiento en DM II.
Ramos Morales et al, 2015	Cuba	-	Revisión sistemática	La falta de adherencia al tratamiento en patología crónica (DM II) supone un desafío para enfermería.
Ortiz et al, 2011	Chile	50	Estudio no experimental transversal correlacional	Relación entre factores psicosociales y adherencia al tratamiento en DM II.
Ulloa Sabogal et al, 2017	Chile	1	Estudio longitudinal de cohortes	Intervenciones de enfermería en paciente con DM II.
Orozco Beltrán et al, 2016		58	Estudio longitudinal de cohortes	Impacto y causas de la no adherencia e intervenciones enfermeras en el tratamiento de pacientes con DM II.

CONCLUSIÓN

- Una de las causas de la falta de adhesión es la falta de tiempo en las consultas de enfermería
- La mejor adherencia al tratamiento se traduce en un mejor control metabólico, tanto en pacientes con antidiabéticos orales, insulinas o hipoglucemiantes:
  1. Reducción cifras de glucemia (<100 mg/dl)
  2. Mejores cifras de HbAc1 (<7%)
  3. Mejores cifras de colesterol-LDL y triglicéridos
- **ENFERMERÍA** a través de **EDUCACIÓN PARA LA SALUD** es **CLAVE** para identificar pacientes no cumplidores y establecer estrategias que faciliten el conocimiento de la enfermedad, la medicación, posología y horarios y hacer que el paciente con DM II tome un papel activo.

BIBLIOGRAFÍA

1.Diario Enfermero (Internet). La adherencia al tratamiento, un problema de todos. 15 nov 2017.Disponible en: http://diarioenfermero.es/la-adherencia-al-tratamiento-problema-todos/
2.Canales Vergara, Sergio and Enrique Barra Almagiá. "Autoeficiencia, apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II". Psicología y Salud, vol. 24, no 2,2014, p.167. Academic OneFile. Disponible en: https://go.galegroup.com/ps/i.do?p=AONE&sw=w&u=googlescholar&v=2.1&it=r&id=GALE%7CA454485064&sid=classroomWidget&asid=0c98df1d
3.Lozano Del Hoyo ML, Armalé Casado MJ, Martes López C, Risco Otaolaurruchi MC, Martínez Menjón C, Bescos Pérez C. Eficacia de la intervención enfermera en la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos tipo 2. Metas Enferm 2013; 16(6):21-26.
4.Ramos Morales LE. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. Rev Cubana Angiol Cir Vasc [Internet]. 2015 Dic [citado 2018 Dic 08] ; 16(2): 175-189. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372015000200006&lng=es.
5.Ortiz M, Ortiz E, Gatica A, Gómez D. (2011). Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. *Terapia psicológica*, 29(1), 5-11. Disponible en: https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000100001
6.Ulloa Sabogal IM, Mejía Arciniegas CN, Plata Uribe EF, Noriega Ramírez A, Quintero Gómez DL, Grimaldos Mariño MA. Proceso de Enfermería en la persona con diabetes mellitus desde la perspectiva del autocuidado. Revista Cubana de Enfermería [revista en Internet]. 2017 [citado 2018 Dic 8];33(2):[aprox. 0 p.]. Disponible en: http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1174
7.Orozco-Beltran D. et al. Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo 2: situación actual y propuesta de posibles soluciones. Aten Primaria. 2016;48(6):406-420

Resumen: *La diabetes mellitus tipo 2 es una patología con repercusión negativa sobre años de vida perdidos, mortalidad, discapacidad y riesgo cardiovascular. Su tratamiento es complejo e incluye toma de medicación y cambios del estilo de vida que conllevan, con frecuencia, un incumplimiento del régimen terapéutico.*

Esta falta de adherencia debe ser abordada desde una esfera multifactorial entre profesionales de Atención Primaria y Especializada, farmacéuticos, paciente y familia.

Unos de los problemas que desencadena la no adhesión es la falta de tiempo en consultas de enfermería, al no invertir tiempo suficiente para explicar el tratamiento al enfermo y asegurar su comprensión.

Palabras Clave: *Enfermería; cumplimiento y adherencia al tratamiento; Diabetes Mellitus tipo 2.*

Introducción

Según las jornadas de adherencia al tratamiento de la Real Academia de Medicina de 2017, el 30% de los pacientes no toma correctamente la medicación y el 21% abandona el tratamiento una vez empezado.

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM 2) es una enfermedad crónica de elevada prevalencia en la que el Sistema Nacional de Salud invierte gran cantidad de recursos. El tratamiento que debe seguir los pacientes diabéticos incluye práctica regular de ejercicio físico, modificaciones en la dieta y la toma de uno o varios medicamentos. Esta complejidad en el tratamiento provoca una falta de manejo efectivo por parte de los pacientes, desencadenándose complicaciones frecuentes como abandono de tratamiento, úlceras de pie diabético y amputaciones, ingresos hospitalarios y necesidad de diálisis entre otras.

Enfermería debe enfatizar en actividades de apoyo psicosocial al paciente y familia, así como enfatizar en una mayor educación sanitaria, teniendo en cuenta que la adherencia al tratamiento se ve condicionada por factores externos a la profesión como el apoyo social y familiar de cada paciente y las relaciones que éste establece con los profesionales de la salud.

Objetivos

Establecer si las intervenciones de enfermería favorecen la adherencia al tratamiento en paciente con DM 2 y cuáles son éstas.

Material y método

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica con artículos publicados en Scielo, Cochrane Plus, SCOPUS y Google académico.

Palabras clave: Las palabras clave empleadas en esta revisión bibliográfica fueron: “Enfermería”, “Diabetes Mellitus tipo 2”, “Cumplimiento y Adherencia al tratamiento”, y su traducción al inglés: “Nursing”, “Diabetes Mellitus, type 2”, “Treatment Adherence and Compliance”.

Criterios de inclusión: Todo tipo de estudios en español e inglés con pacientes de más de 18 años en tratamiento con antidiabéticos, independientemente de la duración de este.

Criterios de xclusión: Artículos anteriores a 2009 y estudios en pacientes pediátricos.

No se evaluó la calidad metodológica de los estudios.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Resultados

Se considera adhesión terapéutica por parte del paciente a la demanda de atención sanitaria, conseguir el medicamento recetado, cumplir con su posología y acudir a las consultas de seguimiento, llevando a cabo las oportunas modificaciones en el autocuidado en relación con la alimentación y el ejercicio físico.

Los pacientes que presentan una mejor adherencia al tratamiento experimentan mejoras en parámetros metabólicos como son la reducción de cifras de glucemia por debajo de 100 mg/dl, unas cifras de hemoglobina glicosilada (HbA1c) menor del 7%, niveles de colesterol-LDL en torno a 100 mg/dl y una concentración de triglicéridos menor de 150 mg/dl, con independencia de si estaban siendo tratados con antidiabéticos orales, insulina o hipolipemiantes, siendo los pacientes tratados con antidiabéticos orales los que mejores cambios experimentan.

Además, numerosos estudios muestran que los pacientes con DM 2 tienden a presentar estrés por el hecho de presentar una enfermedad crónica, metabólica e incurable que, además, requiere de un tratamiento complejo. Existiendo una relación entre el estrés de paciente y el valor de HbA1c. Para esto existen dos tipos de afrontamiento; uno, centrado en abordar el problema y mejorar la situación considerada estresante, y otro, centrado en la emoción, intentando cambiar el significado de la situación estresante. Los estudios defienden mayores beneficios en las intervenciones centradas en abordar el problema.

Conclusión

En pacientes con DM 2 la buena adhesión terapéutica supone un problema complicado que debe ser abordado desde una esfera multifactorial. Unos de los problemas que desencadena la no adhesión terapéutica es la falta de tiempo en las consultas de enfermería. El enfermero no dedica el tiempo suficiente a explicar el tratamiento al paciente y a asegurarse de que éste lo ha entendido o si lo está llevando a cabo correctamente.

La bibliografía existente pone de manifiesto una mejora en el control metabólico en enfermos con DM 2 a través de intervenciones de educación y control sanitario. Es preciso que Enfermería tome conciencia de la importancia de su labor sobre el proceso de enfermedad de su paciente, y sus complicaciones derivadas, así como la efectividad del tratamiento y el uso de los recursos sanitarios.

Es necesario identificar a pacientes no cumplidores y establecer estrategias que les sirva para conocer su medicación, posología y horarios, aportándoles los conocimientos y habilidades necesarias para asumir una actitud positiva en su propio autocuidado y en la toma de decisiones que retrasen la aparición de complicaciones a largo y corto plazo.

Bibliografía

1. Diario Enfermero (Internet). La adherencia al tratamiento, un problema de todos. 15 nov 2017. Disponible en: http://diarioenfermero.es/la-adherencia-al-tratamiento-problema-todos/.
2. Canales Vergara S, Barra Almagiá E. Autoeficiencia, apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II. Psicología y Salud. 2014; vol.24 (2): 167.
3. Lozano Del Hoyo ML, Armalé Casado MJ, Martes López C, Risco Otaolaurruchi MC, Martínez Menjón C, Bescos Pérez C. Eficacia de la intervención enfermera en la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos tipo 2. Metas Enferm. 2013; 16(6): 21-26.
4. Ramos Morales LE. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. Rev Cubana Angiol Cir Vasc [Internet]. 2015; 16(2): 175-189. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372015000200006&lng=es.
5. Ortiz M, Ortiz E, Gatica A, Gómez D. (2011). Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. Terapia psicológica, 29(1), 5-11.

Capítulo 102

Enterocolitis necrotizante neonatal. A propósito de un caso

Arranz García, Andrea

Álvarez Paniagua, Sonia

ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE NEONATAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:

INTRODUCCIÓN





Enterocolitis necrotizante neonatal (ECN): enfermedad grave caracterizada por necrosis isquémica del intestino, pudiendo causar deterioro de múltiples órganos y sistemas.

Principales factores de riesgo: prematuridad y bajo peso al nacer. También se ha descrito mayor incidencia en gestaciones múltiples, neonatos con cardiopatías congénitas y con sufrimiento perinatal.

Manifestaciones clínicas:

- Digestivas: mala tolerancia oral (signos de retraso en vaciamiento gástrico, restos biliosos, distensión abdominal) y sangre en heces micro o macroscópica.
- Sistémicas: alteraciones hemodinámicas y/o respiratorias, aspecto séptico.

Diagnóstico: clínico, confirmado por prueba radiológica (dilatación de asas o neumoperitoneo) Se utilizan los estadíos de Bell para clasificar los estadíos.

Tratamiento:

- Médico-conservador: dieta absoluta, sonda nasogástrica abierta para eliminación de restos, nutrición parenteral total, tratamiento antibiótico amplio espectro y soporte hemodinámico o respiratorio requerido).
- Quirúrgico (si mala evolución o neumoperitoneo): drenaje peritoneal, laparotomía con resección intestinal (colostomía)

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Varón, recién nacido a término (37+1 SG), con bajo peso para su edad gestacional (p4), afectado por CIR tipo 1.
A las 15 horas de vida comienza a presentar cuadro de inadecuada tolerancia oral, con abdomen distendido y deposiciones sanguinolentas. Se inicia tratamiento médico conservador (dieta absoluta, sonda nasogástrica abierta, fluidoterapia y antibioterapia intravenosa de amplio espectro. Debido a empeoramiento (exacerbación clínica, elevación considerable de PCR y radiografía abdominal con sospecha de neumoperitoneo) se decide intervenir quirúrgicamente para resección intestinal.
En periodo postquirúrgico, el paciente se mantiene con oxigenoterapia en alto flujo, dieta absoluta con SNG abierta, nutrición parenteral total, y ostomía en colon ascendente.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA





NANDA	NOC	NIC
Deterioro de la integridad cutánea (00046)	[1101] Integridad tisular: piel y membranas mucosas	[480] Cuidados de la ostomía
Motilidad gastrointestinal disfuncional (00196)	[0404] Perfusión tisular: órganos abdominales	[1080] Sondaje gastrointestinal
Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales (00002)	[1004] Estado nutricional	[1200] Administración de nutrición parenteral total
Patrón respiratorio ineficaz (00032)	[0402] Estado respiratorio: intercambio gaseoso	[3320] Oxigenoterapia

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La ECN es una enfermedad grave con gran riesgo de morbimortalidad. Los principales factores de riesgo son la prematuridad y bajo peso al nacer.
El diagnóstico precoz, mediante escalas existentes como la clasificación de estadíos de Bell, es de vital importancia para instaurar tratamiento médico conservador y evitar, en la medida de lo posible, la resección intestinal.
Los cuidados de enfermería ante paciente con resección intestinal se centrarán en el cuidado de la ostomía, involucrando a los padres o tutores legales del paciente lo antes posible, además de mantener soporte nutricional, hemodinámico, respiratorio y/o digestivo que precise.

Resumen: *La enterocolitis necrotizante neonatal (ENN) es una necrosis isquémica del intestino que se produce principalmente en los recién nacidos, siendo sus principales factores de riesgo la prematuridad y el bajo peso al nacer. Debuta con alteraciones digestivas, seguidas de alteraciones sistémicas. El diagnóstico precoz es fundamental para mantener un tratamiento conservador, intentando evitar la resección quirúrgica intestinal.*

Se presenta un caso clínico de un recién nacido a término con un Crecimiento Intrauterino Retardado (CIR) tipo 1, que debuta a las 15 horas de vida con cuadro compatible con ENN, elaborando un plan de cuidados mediante la taxonomía NANDA.

Palabras Clave: *Enterocolitis necrotizante; recién nacido; enfermería.*

Introducción

La enterocolitis necrotizante neonatal (ECN) es una enfermedad grave producida en el periodo neonatal, que se caracteriza por la necrosis isquémica del intestino, pudiendo causar deterioro de múltiples órganos y sistemas, siendo su etiología aún desconocida

Factores de riesgo: Los principales factores de riesgo son la prematuridad y el bajo peso al nacer. También se ha descrito mayor incidencia en gestaciones múltiples, neonatos con cardiopatías congénitas y con sufrimiento perinatal.

Manifestaciones clínicas:

- Digestivas: Mala tolerancia oral (signos de retraso en vaciamiento gástrico, restos biliosos, distensión abdominal) y sangre en heces micro o macroscópica.
- Sistémicas: Alteraciones hemodinámicas y/o respiratorias, aspecto séptico.

Diagnóstico: Clínico, confirmado por prueba radiológica (dilatación de asas o neumoperitoneo) Se utilizan los estadíos de Bell para clasificar los estadíos.

Tratamiento:

- Médico-conservador: dieta absoluta, sonda nasogástrica abierta para eliminación de restos, nutrición parenteral total, tratamiento antibiótico amplio espectro y soporte hemodinámico o respiratorio requerido).
- Quirúrgico (si mala evolución o neumoperitoneo): drenaje peritoneal, laparotomía con resección intestinal (colostomía).

Observación clínica

Varón, recién nacido a término (37+1 Semanas de gestación), con bajo peso para su edad gestacional (percentil 4), afectado por crecimiento intrauterino retardado tipo 1 que, a las 15 horas de vida comienza a presentar cuadro de inadecuada tolerancia oral, con abdomen distendido y deposiciones sanguinolentas.

Se inicia tratamiento médico conservador con dieta absoluta, sonda nasogástrica abierta, fluidoterapia y antibioterapia intravenosa de amplio espectro.

Debido a empeoramiento por exacerbación clínica, elevación considerable de PCR y radiografía abdominal con sospecha de neumoperitoneo, se decide intervenir quirúrgicamente para resección intestinal.

ISBN: 978-84-949197-6-3

En periodo postquirúrgico, el paciente se mantiene con oxigenoterapia en alto flujo, dieta absoluta con sonda nasogástrica abierta a bolsa para evacuación de restos gástricos, nutrición parenteral total, y ostomía en colon ascendente.

Plan de cuidados

(00046) Deterioro de la integridad cutánea.

- NOC [1101] Integridad tisular: Piel y mucosas.
- NIC [480] Cuidados de la ostomía.

(00196) Motilidad gastrointestinal disfuncional.

- NOC [0404] Perfusión tisular: Órganos abdominales.
- NIC [100] Sondaje gastrointestinal.

(00002) Desequilibrio nutricional: Inferior a las necesidades corporales.

- NOC [1004] Estado nutricional.
- NIC [1200] Administración de nutrición parenteral total.

(00032) Patrón respiratorio ineficaz.

- NOC [0402] Estado respiratorio: Intercambio gaseoso.
- NIC [3320] Oxigenoterapia.

Discusión y conclusiones

La enterocolitis necrotizante neonatal es una enfermedad grave con gran riesgo de morbimortalidad. Los principales factores de riesgo son la prematuridad y bajo peso al nacer.

El diagnóstico precoz, mediante escalas existentes como la clasificación de estadíos de Bell, es de vital importancia para instaurar tratamiento médico conservador y evitar, en la medida de lo posible, la resección intestinal.

Los cuidados de enfermería ante paciente con resección intestinal se centrarán en el cuidado de la ostomía, involucrando a los padres o tutores legales del paciente lo antes posible, además de mantener soporte nutricional, hemodinámico, respiratorio y/o digestivo que precise

Bibliografía

1. Núñez Cerezo V, Romo Muñoz M, Encinas JL et al. Factores perinatales en el desarrollo de enterocolitis necrotizante. Un estudio de casos y controles. Cir Pediatr. 2018; 32: 90-93.
2. X. Demestre Guasch, F. Raspall Torrent .Enterocolitis necrosante. Protocolos.
3. Diagnóstico Terapeúticos de la AEP: Neonatología 2008.
4. Herdman TH, editor. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. Madrid: Elsevier; 2010.
5. Moorhead S, Johnson M, Mass ML, Swanson E, editores. Clasificación de resultados de enfermería 8NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.

Capítulo 103

Epidemiología y prevención del virus del papiloma humano

Martín-Portugués Mendoza, Alba

Cano Chumillas, Nerea

Padilla Araque, Isabel

EPIDEMIOLOGÍA Y PREVENCIÓN DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

INTRODUCCIÓN

La infección por el VPH es una de las causas de ETS más frecuente entre la población sexualmente activa. Tiene una gran relevancia y origina preocupación desde el punto de vista sanitario por sus datos y genotipos altamente oncogénicos causando varios tipos de cáncer, siendo el más frecuente el de cuello uterino.

Se ha realizado una revisión bibliográfica de diferentes estudios para conocer los aspectos epidemiológicos y las diferentes estrategias de prevención

OBJETIVOS

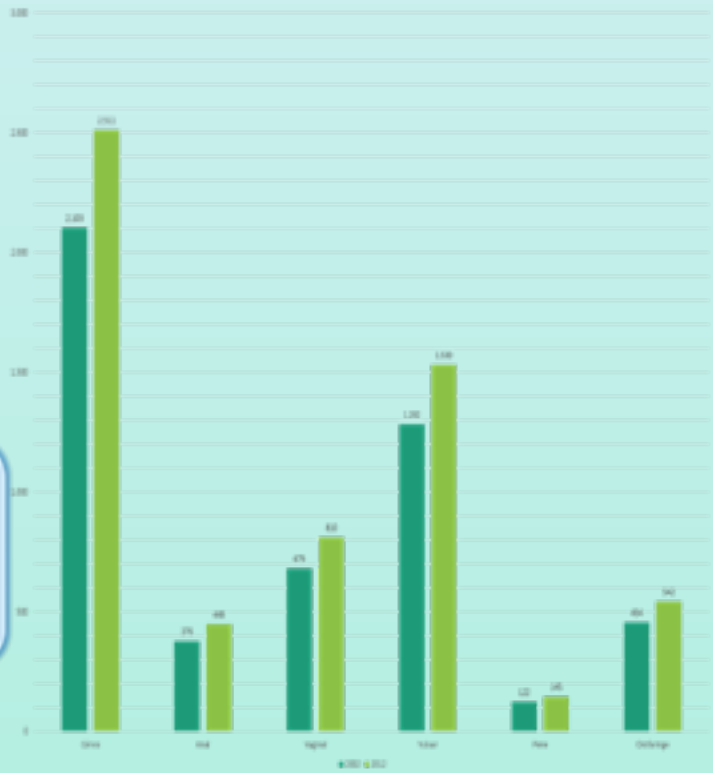
- **Conocer la situación epidemiológica de las infecciones producidas por el VPH**
- **Conocer las distintas formas de prevención de los cánceres causados por el VPH**

MÉTODOS

- **Criterios de inclusión**: Población con vida sexualmente activa y edad comprendida entre 18 y 65 años
- **Criterios de exclusión**: Población que no ha mantenido relaciones sexuales y no tiene entre 18 y 65 años
- **Estrategia de búsqueda**: Los diferentes datos y estudios se obtuvieron de la base de datos PubMed y GLOBOCAN. Las palabras clave utilizadas fueron HPV, prevention, epidemiology.

RESULTADOS

Estudio	País	n	Diseño	Edad	Intervención	Resultados
Castellsagué X, Iftner T, Roura E, et al. 2012;	España	3261	Transversal	18-65 años	Comprobar si el número de infecciones por VPH en España ha aumentado.	Se han incrementado los casos
Roura E, Iftner T, Vidart JA, et al. 2012;	España	3261	Transversal	18-65 años	Investigar factores de riesgo asociados con el VPH en España.	Los principales factores de riesgo están asociados al comportamiento sexual, entre otros.
Jeannot E, Viviano M, De Pree C, et al. 2018	Suiza	409	Transversal	18-31 años	Un porcentaje de mujeres fueron vacunadas	La prevalencia fue menor en las mujeres vacunadas en comparación con las no vacunadas.



Número de artículos encontrados mediante base de datos
n 2454

Número de artículos con texto completo en los últimos 10 años
n 1561

Número de artículos excluidos
n 1551

Número de artículos utilizados
n 10

CONCLUSIONES

La infección por VPH ha ido *incrementado* en la actualidad debido al aumento de factores de riesgo.

Es importante tanto la *prevención primaria* mediante la *educación sanitaria* y la *vacunación*, como la *prevención secundaria* mediante el *cribado* para prevenir la incidencia y mortalidad.

Resumen: *El virus del papiloma humano (VPH) se transmite frecuentemente a través de la vía sexual en la actualidad. Al menos, la mitad de los hombres y mujeres sexualmente activos pueden contraer la infección sin saberlo.*

Todo ello, es debido a la constante expansión del virus que aumenta año tras año y al desconocimiento que tiene la población, mediante ideas erróneas e ignorancia de los problemas que ocasiona la enfermedad

Palabras Clave: *Papilomavirus; epidemiology; prevention.*

El virus del papiloma humano (VPH) constituye una amenaza para la salud de los individuos en todo el mundo, siendo objeto de estudio por su importancia clínica, ya que es capaz de desarrollar distintos tipos de cánceres, entre ellos el cáncer de cérvix.

Aproximadamente son 15 los tipos de VPH de alto riesgo que causan lesiones malignas, ya que producen cambios anormales en las células, siendo los tipos 16 y 18 los que causan entre el 70 y 90 % de todos los cánceres producidos por VPH.

La asociación del cáncer de cérvix con los distintos VPHs de alto riesgo, han enfocado las investigaciones al desarrollo de pruebas diagnóstico, que permitan identificar su presencia y así prevenir o controlar la infección. Aunque en España existe una baja incidencia de infección por VPH en comparación con otros países, la infección por VPH ha ido incrementado en la actualidad según los datos obtenidos del IARC correspondientes al año 2012. Según el primer estudio epidemiológico a gran escala realizado en España llevado a cabo por el Instituto Catalán de Oncología (ICO), unas dos millones de mujeres, están infectadas por VPH en España, lo que supone el 14 % de la población femenina. Sin embargo estos casos aumentan entre las jóvenes que se encuentran en la franja de edad de 18 a 25 años donde la tasa de incidencia se eleva al 29 % debido en gran parte al cambio de hábito en la conducta sexual. De todos los casos positivos de enfermedad, en el 84 % de todos los genotipos de virus detectados eran de alto riesgo, entre los más frecuentes el VPH 16, principal causante del cáncer de cuello de útero.

La infección por VPH en el hombre está considerada como un problema de menor importancia. A pesar de que el hombre actúa como vector silencioso y juega un papel importante en la transmisión del virus, solo el 1 % presenta algún síntoma clínico.

El comportamiento sexual es un factor importante en la adquisición del VPH. Se ha de saber que un alto número de parejas sexuales, así como mantener relaciones sexuales con parejas promiscuas y comenzar a una edad temprana, son factores de riesgo importantes en la obtención del virus.

Tanto a nivel mundial como nivel europeo, no solo los casos de incidencia, sino también la mortalidad ha aumentado en todas las áreas geográficas, siendo indiferente en ambos sexos incluyendo a todos los tumores de tracto anogenital y oral (boca, garganta). Este aumento se debe en gran parte al cambio de la conducta sexual. Hay otros factores de riesgo como puede ser el hábito de fumar, pero sin duda el principal factor de riesgo se trata de la conducta sexual. El inicio temprano de las relaciones sexuales junto con el hecho de tener varias parejas sexuales o parejas de alto riesgo, hace que se multiplique dicho factor. Sin embargo, hay una clara diferencia a la hora de atacar a las distintas áreas geográficas, siendo las zonas en vías de desarrollo las mayores perjudicadas. Son estas las

ISBN: 978-84-949197-6-3

que acaparan el 85 % de los fallecimientos por un cáncer provocado por el virus del papiloma humano. Sin duda se trata de uno de los principales problemas de salud en los países en vías de desarrollo, mientras que en los países desarrollados, no constituye una amenaza a pesar de crecer la tasa de incidencia y mortalidad. El motivo de que se dé una cifra tan alta en zonas en vías de desarrollo, se debe a la falta de medios e información.

Tanto la prevención primaria mediante la reducción de hábitos de riesgo y la vacunación, como la prevención secundaria mediante el cribado que permita hacer un seguimiento y conseguir un diagnóstico precoz, son cruciales para prevenir la incidencia y mortalidad de la infección. Sin embargo, para ello es necesario una educación sanitaria que divulgue la información y enfatice la importancia de prevenir el contagio del VPH, ya que el desconocimiento evita su prevención y disminuye las medidas para evitar la infección. Por tanto, es necesario poner los medios que se dispongan para la prevención y contención de esa tendencia al crecimiento. Estos medios son una mayor inversión por parte de los distintos gobiernos en los programas de información y prevención, pues a lo largo del estudio de la enfermedad queda demostrado que es el mejor método para combatir esta enfermedad. Los costes económicos para los gobiernos podrían resultar más beneficiosos, siempre y cuando se busquen los resultados no a corto plazo sino a medio y largo plazo, puesto que una persona que desarrolle la enfermedad implica un elevado coste a la sanidad. Destinando ese gasto a la prevención se reducirá el número de casos y consecuentemente el coste de la enfermedad, y lo que es más importante se elevaría la calidad de vida de la sociedad.

Bibliografía

1. WHO: World Health Organization. WHO; 2015 [citado 24 Marzo 2016]. Cervical Cancer: Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012; 2. Disponible en: http://globocan.iarc.fr/old/FactSheets/cancers/cervix-new.asp.

2. Castellsagué X. La prevalencia del VPH se dobla en España en mujeres de 18 a 25 años. Gaceta médica [Internet]. 2012 [citado 24 Marzo 2016]; disponible en: http://www.gacetamedica.com/noticias medicina/articulo.aspxidart=624801&idcat=797&tipo=2.

3. De Sanjosé S, García A. Virus del papiloma humano y cáncer: epidemiología y prevención. [Internet]. 4ta monografía de la Sociedad Española de Epidemiología. Emisa; 2006. [citado 24 Marzo 2016]. Disponible en: http://www.seepidemiologia.es/documents/dummy/4monografiaVirusPapilomaYCancer.pdf.

4. Ripoll MA y Cañada JL. Estrategia global de prevención frente al VPH: Papel de la Atención Primaria. SEMERGEN [Internet]. 2007 [citado 28 Marzo 2016]; 33(2):42-5. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl servlet? f=10&pident articulo=13190832&pident usuario=0&pcontactid=&pident revista=40&ty=63&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=40v33nSupl.2a13190832pdf001.pdf.

Capítulo 104

Epoc e insuficiencia cardiaca en paciente con infección respiratoria. Caso clínico

Martínez Castillo, José David

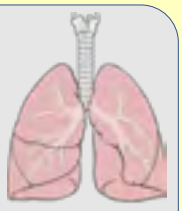
Moreno Sánchez, Rocío

Moreno Sánchez, María Ángeles

EPOC E INSUFICIENCIA CARDIACA EN PACIENTE CON INFECCIÓN RESPIRATORIA. CASO CLÍNICO.

Autores: Martínez Castillo JD, Moreno Sánchez R, Moreno Sánchez MA.

INTRODUCCIÓN



- La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la insuficiencia cardiaca (IC) se encuentran asociadas con frecuencia, siendo el riesgo de padecer IC 4,5 veces superior en los individuos con EPOC. La prevalencia de esta coexistencia oscila entre el 27 y el 32%.
- La fisiopatología de esta asociación no se encuentra bien definida, si bien se ha sugerido que la inflamación sistémica en estos individuos, unido al efecto del tabaco, acelera la arteriosclerosis coronaria. Asimismo, también se justifica por la afectación motora en la pared ventricular izquierda, que ocasiona una disfunción ventricular en algunos individuos con EPOC.
- Estos individuos presentan una atrofia del músculo esquelético, así como una pérdida de masa muscular. Esto da lugar a un incremento de la fatiga durante el ejercicio, pese a que no hayan agotado del todo sus reservas cardiorespiratorias, lo que se traduce en una mayor **intolerancia a la actividad.**

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Presentación del caso:
Mujer 84 años de edad, portadora de marcapasos. No alergias medicamentosas. En tratamiento por HTA, DM e hipercolesterolemia.
Acude al Servicio de Urgencias presentando disnea de reposo, edema y oliguria. Posee antecedentes de cardiopatía isquémica por paro sinusal, ICC y EPOC con afectación de vía aérea pequeña.

Exploración física:
- Estado general debilitado. Disnea ante esfuerzo.
- Auscultación cardiaca: rítmica. Auscultación pulmonar: disminución del murmullo vesicular. Presencia de ruidos patológicos.
- Abdomen: blando y depresible. No dolor a la palpación. No signos de irritación peritoneal. Peristaltismo conservado.
- MMII: Edema en ambos MMII. No signos de TVP. Pulsos presentes y simétricos. Sin focalidad neurológica. Meníngeos negativos.

Evolución en Urgencias:
Se extrae analítica sanguínea. Dada la situación clínica de la paciente se decide observación en el Servicio de Urgencias dado su descompensación

Diagnósticos principales:
- ICC descompensada y EPOC reagudizado por infección respiratoria
- Acidosis metabólica probable mixta

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

Dx (NANDA): Deterioro del intercambio de gaseoso manifestado por valores de saturación de oxígeno disminuidos, relacionado con un desequilibrio entre la ventilación y la perfusión.

NOC	NIC
Mejora de la dificultad respiratoria.	Administrar oxigenoterapia, según corresponda. Manejo del equilibrio ácido básico: acidosis metabólica. Fisioterapia torácica. Cambio de posición.
Control de constantes.	Monitorización de constantes.

Dx (NANDA): Intolerancia a la actividad relacionada con desequilibrios en los aportes y demandas de oxígeno, manifestada por disnea de reposo.

NOC	NIC
Conservación de la energía.	Ayuda con los autocuidados: baño/higiene. Manejo de la energía.
Estado respiratorio: ventilación.	Manejo de vías aéreas. Asegurar la permeabilidad de las vías aéreas

Dx (NANDA): Disminución del gasto cardiaco relacionado con insuficiencia cardiaca congestiva y manifestado por la presencia de edema, fatiga y disminución de los pulsos periféricos.

NOC	NIC
Efectividad de la bomba cardiaca.	Manejo del riesgo cardiaco. Monitorización de los miembros inferiores.

Dx (NANDA): Incontinencia urinaria relacionado con debilidad del suelo pélvico manifestado por pérdidas urinarias.

NOC	NIC
Función muscular.	Ejercicio del suelo pélvico.
Continencia urinaria.	Entrenamiento del hábito urinario. Cuidados de la continencia urinaria.

Dx (NANDA): Exceso de volumen de líquidos relacionado con compromiso de los mecanismos reguladores e insuficiencia cardiaca y manifestado por la presencia de edemas, disnea y diuresis disminuida.

NOC	NIC
Equilibrio hídrico.	Manejo de líquidos/electrolitos. Monitorización de líquidos.

Dx (NANDA): Deterioro de la deambulación caracterizado por la dificultad para desplazarse de forma independiente relacionado con fatiga, disnea y disminución de la movilidad.

NOC	NIC
Autonomía personal.	Terapia de ejercicio: deambulación.
Cuidados personales: actividades de la vida diaria.	Ayuda al autocuidado.

Dx (NANDA): Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con una potencial disminución tisular periférica, insuficiencia cardiaca, y diabetes mellitus

NOC	NIC
Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	Manejo de la nutrición. Prevención de úlceras por presión. Vigilancia de la piel.

DISCUSIÓN

- Este tipo de pacientes presentan una marcada intolerancia a la actividad debido no solo a la patología cardiorrespiratoria sino también al deterioro del sistema musculoesquelético. Sin embargo, es esencial que se promueva la deambulación y se fomente su autonomía.
- A pesar de esto, en el momento de descompensación y exacerbación de los síntomas es fundamental el reposo posibilitando una mejora de las constantes vitales que comprometen su estado.

CONCLUSIONES

- La asociación del EPOC y la insuficiencia cardiaca elevan exponencialmente la gravedad del cuadro y el riesgo de complicaciones futuras.
- Por tanto, es fundamental el control estricto de signos y síntomas que indiquen una descompensación en el paciente, mejorando su calidad de vida y reduciendo el gasto sanitario asociado a hospitalizaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lange P, Celli B, Agustí A, Boje Jensen G, Divo M, Faner R, et al. Lung-Function Trajectories Leading to Chronic Obstructive Pulmonary Disease. N Engl J Med [Internet]. 2015 [acceso marzo 2019];373(2):111–22. Disponible en: http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1411532
2. Mathers CD, Loncar D. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. Samet J, editor. PLoS Med [Internet]. 2006 [acceso marzo 2019];3(11):e442. Disponible en: https://dx.plos.org/10.1371/journal.pmed.0030442
3. Villar Álvarez F, Méndez Bailón M, de Miguel Díez J. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica e insuficiencia cardíaca. Arch Bronconeumol [Internet]. 2009 [acceso marzo 2019];45(8):387–93. Disponible en: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0300289609001884
4.Gutiérrez Cabello F. Insuficiencia cardiaca y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) - MITEpocMITEpoc [Internet]. 2018 [acceso abril 2019]. Disponible en: https://www.mitepocwiki.net/glosario/insuficiencia-cardiaca-enfermedad-pulmonar-obstructiva-cronica-epoc/
5.Herdman TH. NANDA Inernational. Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación 2015-2017. Barcelona: Elsevier; 2015.
6. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2014.
7, Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2014

Resumen: *Introducción: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la insuficiencia cardiaca (IC) se encuentran asociadas frecuentemente, siendo el riesgo de padecer IC 4,5 veces superior en los individuos con EPOC. Estos individuos presentan una marcada intolerancia a la actividad.*

Observación clínica: Mujer de 84 años. Acude a urgencias presentando disnea de reposo, edema y oliguria. Diagnóstico: ICC y EPOC con afectación de vía aérea pequeña.

Se realiza un plan de cuidados enfermero mediante diagnósticos de enfermería (NANDA), criterios de resultado (NOC) e intervenciones de enfermería (NIC).

Conclusión: Es fundamental el control estricto de signos y síntomas que indiquen una descompensación.

Palabras Clave: *Insuficiencia cardiaca; enfermedad pulmonar obstructiva crónica; anciano de 80 o más años.*

Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la insuficiencia cardiaca (IC) se encuentran asociadas con frecuencia, siendo el riesgo de padecer IC 4,5 veces superior en los individuos con EPOC. La prevalencia de esta coexistencia oscila entre el 27 y el 32%.

La fisiopatología de esta asociación no se encuentra bien definida, si bien se ha sugerido que la inflamación sistémica en estos individuos, unido al efecto del tabaco, acelera la arteriosclerosis coronaria. Asimismo, también se justifica por la afectación motora en la pared ventricular izquierda, que ocasiona una disfunción ventricular en algunos individuos con EPOC.

Estos individuos presentan una atrofia del músculo esquelético, así como una pérdida de masa muscular. Esto da lugar a un incremento de la fatiga durante el ejercicio, pese a que no hayan agotado del todo sus reservas cardiorespiratorias, lo que se traduce en una mayor intolerancia a la actividad.

Observación clínica

Presentación del caso:

- Mujer, 84 años de edad, portadora de marcapasos. No alergias medicamentosas. En tratamiento por HTA, DM e hipercolesterolemia.
- Acude al Servicio de Urgencias presentando disnea de reposo, edema y oliguria. Posee antecedentes de cardiopatía isquémica por paro sinusal, ICC y EPOC con afectación de vía aérea pequeña.

Exploración física:

- Estado general debilitado. Disnea ante esfuerzo.
- Auscultación cardiaca: Rítmica. Auscultación pulmonar: disminución del murmullo vesicular. Presencia de ruidos patológicos.

ISBN: 978-84-949197-6-3

- Abdomen: blando y depresible. No dolor a la palpación. No signos de irritación peritoneal. Peristaltismo conservado.
- MMII: Edema en ambos MMII. No signos de TVP. Pulsos presentes y simétricos. Sin focalidad neurológica. Meníngeos negativos.

Evolución en urgencias:

- Se extrae analítica sanguínea. Dada la situación clínica de la paciente se decide observación en el Servicio de Urgencias dado su descompensación

Diagnósticos principales:

- ICC descompensada y EPOC reagudizado por infección respiratoria.
- Acidosis metabólica probable mixta.

Dx (NANDA): Deterioro del intercambio de gaseoso manifestado por valores de saturación de oxígeno disminuidos, relacionado con un desequilibrio entre la ventilación y la perfusión.

NOC:

- Mejora de la dificultad respiratoria.
- Control de constantes.

NIC:

- Administrar oxigenoterapia, según corresponda.
- Manejo del equilibrio ácido básico: Acidosis metabólica.
- Fisioterapia torácica.
- Cambio de posición.
- Monitorización de constantes.

Dx (NANDA): Intolerancia a la actividad relacionada con desequilibrios en los aportes y demandas de oxígeno, manifestada por disnea de reposo.

NOC:

- Conservación de la energía.
- Estado respiratorio: Ventilación.

NIC:

- Ayuda con los autocuidados: Baño/higiene.
- Manejo de la energía.
- Manejo de vías aéreas.
- Asegurar la permeabilidad de las vías aéreas

Dx (NANDA): Disminución del gasto cardiaco relacionado con insuficiencia cardiaca congestiva y manifestado por la presencia de edema, fatiga y disminución de los pulsos periféricos.

NOC:

- Efectividad de la bomba cardiaca.

NIC:

- Manejo del riesgo cardiaco.
- Monitorización de los miembros inferiores.

Dx (NANDA): Incontinencia urinaria relacionado con debilidad del suelo pélvico manifestado por pérdidas urinarias.

NOC:

- Función muscular.
- Continencia urinaria.

NIC:

- Ejercicio del suelo pélvico.
- Entrenamiento del hábito urinario.
- Cuidados de la continencia urinaria.

Dx (NANDA): Exceso de volumen de líquidos relacionado con compromiso de los mecanismos reguladores e insuficiencia cardiaca y manifestado por la presencia de edemas, disnea y diuresis disminuida.

NOC:

- Equilibrio hídrico.

NIC:

- Manejo de líquidos/electrolitos.
- Monitorización de líquidos.

Dx (NANDA): Deterioro de la deambulación caracterizado por la dificultad para desplazarse de forma independiente relacionado con fatiga, disnea y disminución de la movilidad.

NOC:

- Autonomía personal.
- Cuidados personales: Actividades de la vida diaria.

NIC:

- Terapia de ejercicio: Deambulación.
- Ayuda al autocuidado.

Dx (NANDA): Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con una potencial disminución tisular periférica, insuficiencia cardiaca, y diabetes mellitus.

NOC:

- Integridad tisular: Piel y membranas mucosas.

ISBN: 978-84-949197-6-3

NIC:

- Manejo de la nutrición.
- Prevención de úlceras por presión.
- Vigilancia de la piel.

Discusión

Este tipo de pacientes presentan una marcada intolerancia a la actividad debido a la patología cardiorrespiratoria, así como al deterioro del sistema musculoesquelético. No obstante, es esencial que se promueva la deambulación y se fomente su autonomía.

A pesar de esto, en el momento de descompensación y exacerbación de los síntomas es fundamental el reposo posibilitando una mejora de las constantes vitales que comprometen su estado.

Conclusiones

La asociación de la EPOC y la insuficiencia cardiaca elevan exponencialmente la gravedad del cuadro y el riesgo de complicaciones futuras.

Es fundamental el control estricto de signos y síntomas que indiquen una descompensación en el paciente, mejorando su calidad de vida y reduciendo el gasto sanitario asociado a hospitalizaciones.

Bibliografía

1. Lange P, Celli B, Agustí A, Boje Jensen G, Divo M, Faner R, et al. Lung-Function Trajectories Leading to Chronic Obstructive Pulmonary Disease. N Engl J Med [Internet]. 2015 [acceso marzo 2019];373(2):111–22. Disponible en: http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1411532.
2. Mathers CD, Loncar D. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. Samet J, editor. PLoS Med [Internet]. 2006 [acceso marzo 2019];3(11):e442. Disponible en: https://dx.plos.org/10.1371/journal.pmed.0030442.
3. Herdman TH. NANDA Inernational. Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación 2015-2017. Barcelona: Elsevier; 2015.
4. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2014.
5. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 64ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2014.

Capítulo 105

Escaldadura estafilocócica

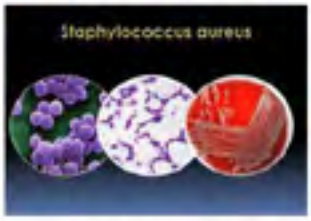
López Ramírez, María Dolores

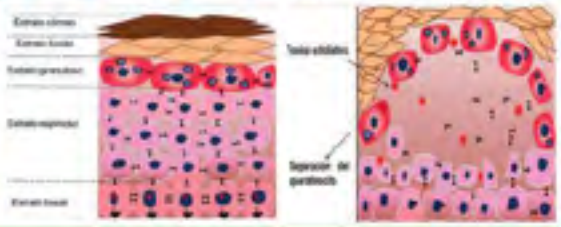
ESCALDADURA ESTAFILOCOCICA

INTRODUCCIÓN

La escaldadura estafilocócica (EE) es una enfermedad cutánea producida por la toxina exfoliativa del Staphylococcus aureus grupo II (fagocitos 3A, 3B, 3C, 55 y 71).

Se caracteriza por la aparición, tras una primera infección a nivel de nasofaringe, conjuntiva o cordón umbilical, de hiperestesia cutánea y eritema difuso. En 1-2 días se forman ampollas que se rompen con facilidad dando lugar a grandes erosiones, la piel se desnuda al mínimo roce, por acción de estas exotoxinas que actúan rompiendo las uniones entre desmosomas a nivel de la capa granulosa de la epidermis.





OBSERVACIÓN CLÍNICA



Niño de 8 años que, tras contacto accidental con huevo en la cabeza horas antes, mientras hacía una actividad en un campamento de verano, es llevado a urgencias pediátricas por lesiones ampollosas en la piel, xerosis, eritema, zonas hiperqueratósicas generalizadas, eritema de párpados y xerosis de labios. Previo a este contacto había iniciando secreción conjuntival y leve inflamación de hemicara izquierda .

Alérgico a huevo, cacahuete, pólenes de gramíneas, olivo, epitelios y alternaria. Asma persistente moderada con control parcial. Dermatitis atópica.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS

Se realiza por el personal de enfermería.

Al ingreso en la unidad de Podiatría:

-Se toman las constantes y medidas antropométricas (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de O2, peso y talla). Se anotan las alergias medicamentosas, intolerancias y alergias alimentarias y estado de vacunación del paciente. Se canaliza vía venosa periférica y se pone sueroterapia pautada con bomba de infusión.



Durante el ingreso:

-Se toman las constantes, en cada turno, a diario : T°, TA, FC, SatO2.

-Se administra la medicación pautada: la intravenosa con bomba de infusión.

-Se realizan curas diarias de las lesiones en cada turno: con guantes estériles se le aplica Vaselina líquida por todo el cuerpo. Una vez dejada secar la vaselina administrada se aplica sobre las lesiones y pliegues afectados Mupirocina (pomada).

-Se extreman las medidas de asepsia: aseo y cambio de sábanas diario, paños estériles para la cama y zonas donde descansa.

-Se realizan extracciones de sangre para: analíticas (hemograma, bioquímica, estudio de coagulación, PCR, gasometría venosa) y hemocultivo.

-Se toman muestras de secreciones conjuntival y nasal para cultivo con torundas específicas.

-Se anotan las incidencias en ingestas, deposiciones, vómitos, diuresis, etc.

-Se realiza educación sanitaria sobre la enfermedad y los cuidados que deben seguir al alta.



















DISCUSIÓN

-El Síndrome de EE es poco frecuente. Suele ocurrir en primavera y verano.

-Las manifestaciones clínicas más frecuentes son: eritrodermia con aparición de ampollas y descamación posterior, fisuras y costras periorales, fiebre, conjuntivitis y edema palpebral.

-El diagnóstico se hace principalmente por la clínica y al encontrar Staphylococcus aureus en frotis nasal y conjuntival (no se encuentra en las lesiones ni en hemocultivo). Las analíticas no presentan un aumento significativo de leucocitos ni de PCR.

-El pronóstico es bueno con el Tto adecuado y el paciente suele recuperarse en unos 10 días.

-El tratamiento se realiza con Cloxacilina iv c/8h (100mg/kg/día), Clindamicina iv c/8h (35mg/kg/día), Dexclorfeniramina iv para el prurito generalizado y Tto tópico con Vaselina líquida en todo el cuerpo y Mupirocina en lesiones descamadas de flexuras c/8h. Tras 4 días con evolución clínica favorable y mejoría notable de las lesiones y descamación (constatable a diario), se pasa antibioterapia a vía oral con Augmentine que es bien tolerado. Se mantiene afebril todo el ingreso y presenta buen estado general.













CONCLUSIONES

-Se constata a diario la mejoría del paciente, las lesiones van desapareciendo y también el prurito que tanto le molestaba al principio. El Tto con Cloxacilina iv y el tópico con Vaselina líquida y Mupirocina se han mostrado realmente eficaces en la curación del paciente.

-Al alta presenta hipopigmentación cutánea en áreas descamadas, sin signos de sobreinfección cutánea. Se le indica que continúe con aplicaciones de Vaselina líquida 2-3 veces/día hasta renovación de toda la piel y se le desaconseja la exposición directa al sol hasta que se haya descamado toda la piel, utilizando cuando lo haga protección muy alta o con cobertura total.

Resumen: *En este trabajo se presenta el caso de un niño que tras contacto accidental con huevo horas antes acude a urgencias con un síndrome de escaldadura estafilocócica de la piel. Al intenso prurito y eritrodermia inicial le siguió la aparición de ampollas y posterior descamación de la piel. Fue diagnosticado por la clínica y frotis conjuntival positivo a staphylococcus aureus. El tratamiento con cloxacilina intravenosa, las curas diarias en cada turno con vaselina líquida y mupirocina y las estrictas medidas de asepsia resultaron realmente eficaces en la curación del paciente.*

Palabras Clave: *Síndrome de escaldadura estafilocócica de la piel; staphylococcus aureus; cloxacilina.*

Introducción

La escaldadura estafilocócica (EE) es una enfermedad cutánea producida por la toxina exfoliativa del Staphylococcus aureus grupo II (fagocitos 3A, 3B, 3C, 55 y 71).

Se caracteriza por la aparición, tras una primera infección a nivel de nasofaringe, conjuntiva o cordón umbilical, de hiperestesia cutánea y eritema difuso. En 1-2 días se forman ampollas que se rompen con facilidad dando lugar a grandes erosiones, la piel se desnuda al mínimo roce, por acción de estas exotoxinas que actúan rompiendo las uniones entre desmosomas a nivel de la capa granulosa de la epidermis.

Observación clínica

Niño de 8 años que, tras contacto accidental con huevo en la cabeza horas antes, mientras hacía una actividad en un campamento de verano, es llevado a urgencias pediátricas por lesiones ampollosas en la piel, xerosis, eritema, zonas hiperqueratósicas generalizadas, eritema de párpados y xerosis de labios. Previo a este contacto había iniciado secreción conjuntival y leve inflamación de hemicara izquierda .

Alérgico a huevo, cacahuete, pólenes de gramíneas, olivo, epitelios y alternaria. Asma persistente moderada con control parcial. Dermatitis atópica.

Plan de cuidados enfermeros

Se realiza por el personal de enfermería.

Al ingreso en la unidad de Pediatría: Se toman las constantes y medidas antropométricas (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de O_2, peso y talla). Se anotan las alergias medicamentosas, intolerancias y alergias alimentarias y estado de vacunación del paciente. Se canaliza vía venosa periférica y se pone sueroterapia pautada con bomba de infusión.

Durante el ingreso:

- Se toman las constantes, en cada turno, a diario: Tª, TA, FC, $SatO_2$.
- Se administra la medicación pautada: la intravenosa con bomba de infusión.
- Se realizan curas diarias de las lesiones en cada turno: con guantes estériles se le aplica vaselina líquida por todo el cuerpo. Una vez dejada secar la vaselina administrada se aplica sobre las lesiones y pliegues afectados Mupirocina(pomada).

ISBN: 978-84-949197-6-3

- Se extreman las medidas de asepsia: aseo y cambio de sábanas diario, paños estériles para la cama y zonas donde descansa.
- Se realizan extracciones de sangre para: analíticas (hemograma, bioquímica, estudio de coagulación, PCR, gasometría venosa) y hemocultivo.
- Se toman muestras de secreciones conjuntival y nasal para cultivo con torundas específicas.
- Se anotan las incidencias en ingestas, deposiciones, vómitos, diuresis, etc.
- Se realiza educación sanitaria sobre la enfermedad durante el ingreso y los cuidados que deben seguir al alta.

Discusión

- El síndrome de EE es poco frecuente. Suele ocurrir en primavera y verano.
- Las manifestaciones clínicas más frecuentes son: Eritrodermia con aparición de ampollas y descamación posterior, fisuras y costras periorales, fiebre, conjuntivitis y edema palpebral.
- El diagnóstico se hace principalmente por la clínica y al encontrar staphylococcus aureus en frotis nasal y conjuntival (no se encuentra en las lesiones ni en hemocultivo). Las analíticas no presentan un aumento significativo de leucocitos ni de PCR.
- El pronóstico es bueno con el tto. adecuado y el paciente suele recuperarse en unos 10 días.
- El tratamiento se realiza con cloxacilina IV c/8h (100mg/kg/día), Clindamicina IV c/8h (35mg/kg/día), dexclorfeniramina IV para el prurito generalizado y tto. tópico con vaselina líquida en todo el cuerpo y mupirocina en lesiones descamadas de flexuras c/8h. Tras 4 días con evolución clínica favorable y mejoría notable de las lesiones y descamación (constatable a diario), se pasa antibioterapia a vía oral con augmentine que es bien tolerado. Se mantiene afebril todo el ingreso y presenta buen estado general.

Conclusiones

- Se constata a diario la mejoría del paciente, las lesiones van desapareciendo y también el prurito que tanto le molestaba al principio. El tto. con cloxacilina IV y el tópico con vaselina líquida y Mupirocina se han mostrado realmente eficaces en la curación del paciente.
- Al alta presenta hipopigmentación cutánea en áreas descamadas, sin signos de sobreinfección cutánea. Se le indica que continúe con aplicaciones de Vaselina líquida 2-3 veces /día hasta renovación de toda la piel y se le desaconseja la exposición directa al sol hasta que se haya descamado toda la piel, utilizando cuando lo haga protección muy alta o con cobertura total.

Bibliografía

1. https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=s-ndromedelapielescaldadaporestafilococos-90-P05656.
2. https://www.dermapixel.com/2011/06/la-piel-escaldada.html.
3. https://dolor-drdelgadocidranes.com/que-es-el-sindrome-de-la-piel-escaldada-por-estafilococos/.
4. https://www.analesdepediatria.org/es-sindrome-escaldadura-estafilococica-articulo-S1695403308749026.

Capítulo 106

Espondilolistesis y espondilolisis en pediatría: A propósito de un caso

Sánchez Fuentes, Alicia

Risalde Santos, Blas Manuel

ESPONDILOLISTEIS Y ESPONDILOLISIS EN PEDIATRÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO

XI CONGRESO DE INVESTIGACIÓN SATSE CIUDAD REAL

INTRODUCCIÓN

La **espondilolistesis** consiste en un desplazamiento de una vértebra sobre otra, siendo este más común en L5 sobre S1 y sobre todo en personas jóvenes. Este un cuadro con mayor compromiso ya que conlleva a una disminución de los agujeros de conjunción y del agujero vertebral dando origen a compresión radicular que se manifiesta por un dolor lumbo-iático.
La **espondilólisis** es una fractura por estrés de la lámina que une el cuerpo vertebral a la articulación facetaria. Suelen producirse generalmente a nivel de la articulación lumbosacra en la quinta vértebra lumbar, seguida de la cuarta vértebra lumbar. La mayoría de los casos de espondilólisis afecta a ambos pedículos vertebrales (bilateral) el 21,84% de las lesiones son unilaterales, y parecen estar relacionada con deportes asimétricos. La evolución de esta fisura conduce a una espondilolistesis.



OBJETIVOS

- **Clarificar el papel que desempeña la Rehabilitación, a través de la fisioterapia, en la prevención y tratamiento de la Espondilolisteis y la Espondilolisis.**
- **Establecer la necesidad de un abordaje multidisciplinar de esta patología.**

METODOLOGÍA

Paciente varón, de 12 años de edad, quien tras ser valorado por Podología (diagnosticado de pies cavos varos y patrón de marcha aducta) detectando actitud cifótica-escoliótica y limitación, importante en la flexión de tronco (con tendencia a la hiperfonia), es derivado para valoración por Médico Rehabilitador quien objetiva:

- Caderas y rodillas normales.
- Pies: huella de pies cavos con retropies varos (5º).
- Columna vertebral: descenso hombro izquierdo y cresta ilíaca derecha. Giba lumbar izquierda de 2-3mm, hipercifosis reductible y gran retracción de musculatura isquiotibial.
- Examen neurológico de MMII normal: Babinsky negtivo, no ataxia, mantiene bipedestación, salto unipodal con las dos piernas y no hay hiperreflexia.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:

- **Radiografía simple:** se aprecia, claramente, espondilolistesis L5-S1 de primer grado con criterios radiológicos de inestabilidad. Diferencia de desplazamiento en flexión/extensión de 3mm. Está al límite de inestabilidad para valoración quirúrgica.
- **TAC lumbar**: anterolistesis de L5 y espondilolisis bilateral de L5 con pseudoartrosis de L4-L5 y L5-S1 y discreto cizallamiento foraminal L5-S1 bilateral.

TRATAMIENTO MÉDICO: ortesis LUMBOSTATO de termoplástico.
El tratamiento fisioterápico aplicado fue contrastado con la evidencia científica que aportan los artículos revisados a través de una revisión bibliográfica utilizando el buscado MEDES con las siguientes palabras clave: tratamiento, espondilolisis, espondilolistesis, infancia.



RESULTADOS

Medidas Generales:
Tratamiento basado en reposo en la fase aguda. Evitar aquellas actividades que provoquen dolor como la hiperextensión raquídea. Deben favorecerse los ejercicios de flexión controlada del tronco, limitando los de extensión. Deben **proscribirse en niños y adolescentes** toda actividad deportiva que desarrolle ejercicios violentos o que obligue a movimientos de hipermovilidad vertebral.

Tratamiento rehabilitador:

- Masaje descontracturante lumbar y de glúteos.
- No manipulaciones vertebrales.
- Estiramientos sistemáticos de la musculatura isquiosural. Han de efectuarse con el raquis alineado, circunstancia que elimina el incremento de la cifosis dorsal compensatoria a la limitación del movimiento de la pelvis.
- Ejercicios de **tonificación de la musculatura dorso-lumbar** (prevención atrofia muscular inducida por la ortesis)
- Las ganancias de extensibilidad nunca deben basarse en que el sujeto alcance o sobrepase la planta de los pies, ya que con ello se facilita la adopción de posturas indeseadas en el raquis.
- Ejercicios abdominales, habría que evitar los ejercicios de incorporación de tronco y elevación de piernas en decúbito supino. Especialmente problemático es el ejercicio de elevación de piernas, no es considerado saludable ni efectivo para fortalecer la musculatura abdominal ya que produce una gran actividad del músculo Psoas-ilíaco, provocando una hiperextensión lumbar que se agudiza con el paso de las repeticiones.
- Con el objetivo de desarrollar adecuadamente la musculatura abdominal es necesario utilizar movimientos y adoptar posturas que inhiban la actividad de los flexores coxofemorales. Con este fin, el ejercicio denominado encorvamiento, es una elección adecuada porque en él no se flexiona activamente la articulación coxofemoral, reduce los efectos negativos sobre el raquis lumbar y es un ejercicio más a seguir.



CONCLUSIONES

Las alteraciones del patrón de marcha, en edades tempranas, puede ser reflejo de patologías del raquis no detectadas. La Medicina Rehabilitadora y, especialmente la fisioterapia juega un papel fundamental en el diagnóstico y, de forma más relevante, en el pronóstico de la enfermedad. Son de gran importancia los ejercicios de tonificación de la musculatura dorso-lumbar y abdominal, así como estiramientos da musculatura isquiosural. El Objetivo principal del tratamiento fisioterápico es evitar la progresión de la enfermedad, por tanto el desplazamiento vertebral, retrasando así el tratamiento quirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA

1. MORA-DE SAMBRICIO A, GARRIDO-STRATENWERTH E. Espondilolisis y espondilolistesis en niños y adolescentes. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología 2014;58(6): 395-406.
2. DÍAZ DE RADA , JEFERSON , ALFONSO , BEGUIRISTAIN. Tratamiento de la espondilolistesis en niños y adolescentes. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología 2003;47(4): 265-269.

Resumen: *La espondilolistesis consiste en un desplazamiento de una vértebra sobre otra. La espondilólisis es una fractura por estrés de la lámina que une el cuerpo vertebral a la articulación facetaria. El objetivo es clarificar el papel que desempeña la Rehabilitación, a través de la fisioterapia, en la prevención y tratamiento de la Espondilolisteis y la Espondilolisis. Plantemos como caso clínico un varón de 12 años. Anterolistesis de L5 y espondilolisis bilateral de L5 con pseudoartrosis de L4-L5 y L5-S1. El objetivo principal del tratamiento fisioterápico es evitar la progresión de la enfermedad, por tanto el desplazamiento vertebral.*

Palabras Clave: *Espondilolistesis pediatría; espondilolisis pediatría; fisioterapia espondilolistesis.*

Introducción:

La espondilolistesis consiste en un desplazamiento de una vértebra sobre otra, siendo este más común en L5 sobre S1 y sobre todo en personas jóvenes. Este un cuadro con mayor compromiso ya que conlleva a una disminución de los agujeros de conjunción y del agujero vertebral dando origen a compresión radicular que se manifiesta por un dolor lumbo-iático.

La espondilólisis es una fractura por estrés de la lámina que une el cuerpo vertebral a la articulación facetaria. Suelen producirse generalmente a nivel de la articulación lumbosacra en la quinta vértebra lumbar, seguida de la cuarta vértebra lumbar. La mayoría de los casos de espondilólisis afecta a ambos pedículos vertebrales (bilateral) el 21,84% de las lesiones son unilaterales, y parecen estar relacionada con deportes asimétricos. La evolución de esta fisura conduce a una espondilolistesis.

Objetivos

Clarificar el papel que desempeña la Rehabilitación, a través de la fisioterapia, en la prevención y tratamiento de la Espondilolisteis y la Espondilolisis.

Establecer la necesidad de un abordaje multidisciplinar de esta patología.

Metodología

Paciente varón, de 12 años de edad, quien tras ser valorado por Podología (diagnosticado de pies cavos varos y patrón de marcha aducta) detectando actitud cifótica-escoliótica y limitación, importante en la flexión de tronco (con tendencia a la hipertonía), es derivado para valoración por Médico Rehabilitador quien objetiva:

- Caderas y rodillas normales.
- Pies: Huella de pies cavos con retropiés varos (5º).
- Columna vertebral: Descenso hombro izquierdo y cresta iliaca derecha. Giba lumbar izquierda de 2-3mm, hipercifosis reductible y gran retracción de musculatura isquiotibial.
- Examen neurológico de MMII normal: Babinsky negtivo, no ataxía, mantinene bipedestación, salto unipodal con las dos piernas y no hay hipereflexia.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Exploraciones complementarias:

- Radiografía simple: Se aprecia, claramente, espondilolistesis L5-S1 de primer grado con criterios radiológicos de inestabilidad. Diferencia de desplazamiento en flexión/extensión de 3mm. Está al límite de inestabilidad para valoración quirúrgica.
- TAC lumbar: Anterolistesis de L5 y espondilolisis bilateral de L5 con pseudoartrosis de L4-L5 y L5-S1 y discreto cizallamiento foraminal L5-S1 bilateral.

Tratamiento médico: Ortesis lumbostato de termoplástico.

El tratamiento fisioterápico aplicado fue contrastado con la evidencia científica que aportan los artículos revisados a través de una revisión bibliográfica utilizando el buscado MEDES con las siguientes palabras clave: tratamiento, espondilolisis, espondilolistesis, infancia.

Resultados:

Medidas generales: Tratamiento basado en reposo en la fase aguda. Evitar aquellas actividades que provoquen dolor como la hiperextensión raquídea. Deben favorecerse los ejercicios de flexión controlada del tronco, limitando los de extensión. Deben proscribirse en niños y adolescentes toda actividad deportiva que desarrolle ejercicios violentos o que obligue a movimientos de hipermovilidad vertebral.

Tratamiento rehabilitador:

- Masaje descontracturante lumbar y de glúteos.
- No manipulaciones vertebrales.
- Estiramientos sistemáticos de la musculatura isquiosural. Han de efectuarse con el raquis alineado, circunstancia que elimina el incremento de la cifosis dorsal compensatoria a la limitación del movimiento de la pelvis.
- Ejercicios de tonificación de la musculatura dorso-lumbar (prevención atrofia muscular inducida por la ortesis).
- Las ganancias de extensibilidad nunca deben basarse en que el sujeto alcance o sobrepase la planta de los pies, ya que con ello se facilita la adopción de posturas indeseadas en el raquis.
- Ejercicios abdominales, habría que evitar los ejercicios de incorporación de tronco y elevación de piernas en decúbito supino. Especialmente problemático es el ejercicio de elevación de piernas, no es considerado saludable ni efectivo para fortalecer la musculatura abdominal ya que produce una gran actividad del músculo Psoas-ilíaco, provocando una hiperextensión lumbar que se agudiza con el paso de las repeticiones.
- Con el objetivo de desarrollar adecuadamente la musculatura abdominal es necesario utilizar movimientos y adoptar posturas que inhiban la actividad de los flexores coxofemorales. Con este fin, el ejercicio denominado encorvamiento, es una elección adecuada porque en él no se flexiona activamente la articulación coxofemoral, reduce los efectos negativos sobre el raquis lumbar y es un ejercicio más a seguir.

Conclusiones

Las alteraciones del patrón de marcha, en edades tempranas, puede ser reflejo de patologías del raquis no detectadas. La medicina rehabilitadora y, especialmente la fisioterapia juega un papel fundamental en el diagnóstico y, de forma más relevante, en el pronóstico de la enfermedad. Son de gran importancia los ejercicios de tonificación de la musculatura dorso-lumbar y abdominal, así como estiramientos da musculatura isquiosural. El objetivo principal del tratamiento fisioterápico es evitar la progresión de la enfermedad, por tanto el desplazamiento vertebral, retrasando así el tratamiento quirúrgico.

Bibliografía:

1. Mora-De Sambricio A, Garrido-Stratenwerth E. Espondilolisis y espondilolistesis en niños y adolescentes. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología 2014;58(6): 395-406.
2. Díaz De Rada , Jeferson , Alfonso , Beguiristain. Tratamiento de la espondilolistesis en niños y adolescentes. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología 2003;47(4): 265-269.

Capítulo 107

Esquizofrenia y hábitos saludables

Briñas García, Carmen

Ruiz García, Jacinto

Tello Naharro, Vanesa

Rodríguez Pérez, Manuel

Ruiz Torija, Laura

Rodríguez Gonzalez, Mª Francisca

ESQUIZOFRENIA Y HÁBITOS SALUDABLES

INTRODUCCIÓN

La Esquizofrenia es un trastorno mental grave que se caracteriza esencialmente por la presencia de psicosis. El término psicosis hace referencia a la pérdida de contacto con la realidad, con grave deterioro de la evaluación de la misma.

Los síntomas positivos más característicos de la esquizofrenia: alucinaciones y delirios. Los síntomas negativos más frecuentes son: apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional, pérdida de interés, falta objetivos, ociosidad, anhedonia, estar absorto y aislamiento social.

Se estima que la prevalencia de la esquizofrenia a lo largo de la vida está entre el 0,7 y el 1,5%. En los estudios realizados en España, se estima una incidencia de 0,8 casos por diez mil habitantes por año, dato consistente con los estudios internacionales (OMS) para los países de Europa. La prevalencia estimada es de 3 por 1000 habitantes por año para los hombres y 2,86 por mil para las mujeres. La edad media de comienzo de la enfermedad es de 24 años para los hombres y de 27 para las mujeres. Y la incidencia por sexos, 0,84 por 10.000 para los hombres y 0,79 por 10.000 para las mujeres .

Su impacto en el gasto sanitario y social es muy elevado: los costes de la esquizofrenia representan el 1,9% del presupuesto sanitario total del conjunto de los países europeos y el 2,5% del correspondiente a EEUU. Los costes totales estimados para el estado español son de 1.970 millones de euros, de los que el 53,0% corresponden a gasto sanitario directo (1.044 M€)

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente varón de 36 años de edad. Soltero y sin hijos. Actualmente convive con sus padres en el domicilio familiar.

HTA, obesidad (pesa 130 kg)

Primer contacto con Salud Mental en 2014 con un primer ingreso en la Unidad de Hospitalización breve de salud mental del HGUCR. Curso de la enfermedad caracterizado por diversos ingresos en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental motivados por escasa adherencia al tratamiento farmacológico. Tras su último ingreso en Abril de 2017 que duró un mes, es derivado por la Unidad de hospitalización al Hospital de Día de Psiquiatría del HGUCR. En el 2018 es dado de alta de HD Psiquiátrico, derivándose al programa de Atención Domiciliaria de Salud Mental del HGUCR.

Convive en el domicilio de la familia de origen con su madre diagnosticada de Trastorno depresivo, seguida también en la Unidad de Salud Mental del HGUCR en consultas externas. Su padre, actúa cómo familiar referente de ambos.

Diagnosticado de Esquizofrenia Paranoide. Psicopatológicamente estable. Con predominio de sintomatología negativa en su cuadro. Los síntomas positivos han estado presentes en los primeros 15 días del ingreso. Se pone tratamiento inyectable depot con el que mejora y parece tener buena adherencia. Buena disposición a ir al HD de Psiquiatría y luego a la visita domiciliaria. Está en proceso de valoración para obtener grado de minusvalía y solicitar una pensión.

PLAN DE CUIDADOS

Durante la estancia del paciente en EL Hospital de Dia de Psiquiatría del HGUCR se han realizado intervenciones diversas de educación para la salud y técnicas de entrevista motivacional en consulta individual y familiar relacionados con hábitos de vida saludables de alimentación, ejercicio físico… toma diaria de TA y control del peso. El paciente participa en los grupos que realiza enfermería sobre estilos de vida saludable, se ha incluido también en el programa de abandono del hábito tabáquico. Otra intervención ha consistido en fomentar la socialización animándole participar en actividades grupales y asociativas. Todos los días se realizan paseos de media hora para fomentar la actividad física, reducción de peso y mejoría de la HTA. En los 8 meses que ha estado en HD de Psiquiatría se ha conseguido que baje su peso a 100 Kg y las cifras de TA son aceptables. Todas estas actuaciones han conseguido los hábitos de vida del paciente, haciéndolos más saludables, no han sido tan efectivos en el funcionamiento social, pero se seguirá trabajando en la visita domiciliaria. Cabe resaltar la como aspecto positivo, la buena adherencia al tratamiento.

En la atención domiciliaria se programan visitas cada 15 días, donde se hará seguimiento del control de la TA y el peso. Se pondrá la medicación inyectable depot cuando proceda. También se evaluará el funcionamiento en el domicilio familiar. Se valorará que el paciente acuda a los distintos dispositivos o asociaciones destinados a trabajar con pacientes psiquiatrícos.

DISCUSION

Tras la presentación de este caso cabría un debate sobre si ¿ son eficaces y suficientes las medidas encaminadas a mejorar el estilo de vida , haciéndola más saludable, en pacientes con trastorno mental grave como la Esquizofrenia? ¿ cabría la introducción de otras o nuevas medidas en el ámbito de la promoción de la salud a través de la actividad física? ¿ se debería enfatizar más en la motivación con los pacientes con Esquizofrenia para su integración en actividades ocupacionales, deportivas o de ocio?

Se entiende que nunca dejará de haber pacientes con trastornos mentales, que no tengan ninguna motivación para cambiar su estilo de vida, pero se pueden disminuir las tasas de morbimortalidad insistiendo en la adquisición de hábitos saludables de alimentación y ejercicio, y así poder intervenir en una mejor posición sobre hábitos tóxicos, como el tabaquismo.

CONCLUSION

- **Se afirma que las personas que presentan enfermedades mentales y, en particular trastornos mentales graves, como la Esquizofrenia, tienen asociadas tasas de prevalencia más altas de problemas somáticos, de mortalidad para determinadas patologías y una esperanza de vida menor que la población general.**
- **La mayor morbimortalidad se debe a la aparición de patologías concurrentes, cuya prevención, diagnóstico y tratamiento se ve dificultada por el hecho de padecer una enfermedad mental.**
- **Los estilos de vida no saludables se relacionan directamente con los trastornos físicos asociados a la esquizofrenia.**
- **Los hábitos de vida saludables mejoran la calidad de vida de las personas con esquizofrenia.**

Bibliografía

1. Ortiz de Zárate San Agustín, Amaia, Marixa Larreina Zerain, Leire Aldeano Merchán, and Flora Murua Navarro. Trastorno mental grave de larga evolución. Ámsterdam; Barcelona: Elsevier-Masson, 2010.
2. Simonelli-Muñoz, Agustin J, Maria I Fortea, Pilar Salorio, Juana I Gallego-Gomez, Sonia Sánchez-Bautista, and Serafin Balanza. "Dietary Habits of Patients with Schizophrenia: a Self-reported Questionnaire Survey." International Journal of Mental Health Nursing 21, no. 3 (June 2012): 220-228. doi:10.1111/j.1447-0349.2012.00821.x.
3. Tosh G, Clifton A, Bachner M. Asesoramiento general sobre salud física para pacientes con enfermedades mentales graves (Revisión Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 2. Art. No.: CD008567. DOI: 10.1002/14651858.CD008567. 8. Simonelli-Muñoz, Agustin J, Maria I Fortea, Pilar Salorio, Juana I Gallego-Gomez, Sonia Sánchez-Bautista, and Serafin Balanza. "Dietary Habits of Patients with Schizophrenia: a Self-reported Questionnaire Survey." International Journal of Mental Health Nursing 21, no. 3 (June 2012): 220-228. doi:10.1111/j.1447-0349.2012.00821.x.
4. Enfermeria de Salud Mental y Psiquiatrica : Valoracion y cuidados. Fornés. Editorial Medica Panamericana. 2ª Edición 2014.
5. Inés Gomez Jiménez, Luis Moya Albiol. Abordaje terapéutico grupal en salud mental. Experiencia en Hospital de Dia del HGUCR.
6. American Psychiatric Association (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: texto revisado. Edición española. Elsevier-Masson. Barcelona.

Resumen: *La equizofrenia es un trastorno mental caracterizado por la presencia de psicosis. En este trastorno aparecen distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas.*

En este caso con encontramos con un paciente que presenta un perfil bastante frecuente en la actualidad, tiene adherencia, al menos parcial al tratamiento farmacológico de la enfermedad, pero con presencia de síntomas negativos de la esquizofrenia que hacen difícil trabajar la motivación para adoptar los hábitos de vida saludables, para mejorar su salud y calidad de vida

Palabras Clave: *Schizophrenia Bulletin (Rockville MD) Schizophr Bull ISSN 0586-7614; Estilo de vida, DeCS; Morbidity and mortality weekly report. CDC surveillance summaries zob. MMWR CDC surveillance summaries (Atlanta GA).*

Introducción

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que se caracteriza esencialmente por la presencia de psicosis. Los síntomas negativos más frecuentes son: apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional, pérdida de interés, falta objetivos, ociosidad, anhedonia, estar absorto y aislamiento social.

Se estima que la prevalencia de la esquizofrenia a lo largo de la vida está entre el 0,7 y el 1,5%. En los estudios realizados en España, se estima una incidencia de 0,8 casos por diez mil habitantes por año, dato consistente con los estudios internacionales (OMS) para los países de Europa. La prevalencia estimada es de 3 por 1000 habitantes por año para los hombres y 2,86 por mil para las mujeres. La edad media de comienzo de la enfermedad es de 24 años para los hombres y de 27 para las mujeres. Y la incidencia por sexos, 0,84 por 10.000 para los hombres y 0,79 por 10.000 para las mujeres.

Su impacto en el gasto sanitario y social es muy elevado: Los costes totales estimados para el estado español (precios de 2002) son de 1.970 millones de euros, de los que el 53,0% corresponden a gasto sanitario directo (1.044 M€).

Descripcion del caso: Paciente varón de 36 años de edad. Soltero y sin hijos. Actualmente convive con sus padres en el domicilio familia r. Está en proceso de valoración para obtener grado de minusvalía y solicitar una pensión.

Antecedentes personales:

- HTA, obesidad (pesa 130 kg)
- Primer contacto con Salud Mental en 2014 con un primer ingreso en la Unidad de Hospitalización breve de salud mental del HGUCR. Curso de la enfermedad caracterizado por diversos ingresos, motivados por escasa adherencia al tratamiento farmacológico. Tras su último ingreso en abril de 2017 que duró un mes, es derivado al Hospital de Día de Psiquiatría del HGUCR. En el 2018 es dado de alta de HD Psiquiátrico, derivándose al programa de Atención Domiciliaria de Salud Mental del HGUCR.

ISBN: 978-84-949197-6-3

- Convive en el domicilio de la familia de origen.
- Diagnosticado de esquizofrenia Paranoide. Psicopatológicamente estable. Con predominio de sintomatología negativa en su cuadro. Los síntomas positivos han estado presentes en los primeros 15 días del ingreso. Se pone tratamiento inyectable depot con el que mejora y parece tener buena adherencia. Buena disposición a ir al HD de psiquiatría y luego a la visita domiciliaria.

Plan de cuidados

Durante la estancia del paciente en EL Hospital de Dia de Psiquiatría del HGUCR se han realizado intervenciones diversas de educación para la salud y técnicas de entrevista motivacional en consulta individual y familiar relacionados con hábitos de vida saludables de alimentación, ejercicio físico… toma diaria de TA y control del peso. El paciente participa en los grupos que realiza enfermería sobre estilos de vida saludable, se ha incluido también en el programa de abandono del hábito tabáquico. Otra intervención ha consistido en fomentar la socialización animándole participar en actividades grupales y asociativas. Todos los días se realizan paseos de media hora para fomentar la actividad física, reducción de peso y mejoría de la HTA. En los 8 meses que ha estado en HD de Psiquiatría se ha conseguido que baje su peso a 100 Kg y las cifras de TA son aceptables. Todas estas actuaciones han conseguido los hábitos de vida del paciente, haciendolos más saludables, no han sido tan efectivos en el funcionamiento social, pero se seguirá trabajando en la visita domiciliaria. Cabe resaltar la como aspecto positivo, la buena adherencia al tratamiento.

En la atención domiciliaria se programan visitas cada 15 días, donde se hará seguimiento del control de la TA y el peso. Se pondrá la medicación inyectable depot cuando proceda. También se evaluará el funcionamiento en el domicilio familiar. Se valorará que el paciente acuda a los distintos dispositivos o asociaciones destinados a trabajar con pacientes psiquiatrícos.

Discusión

Tras la presentación de este caso cabría un debate sobre si ¿ son eficaces y suficientes las medidas encaminadas a mejorar el estilo de vida , haciéndola más saludable, en pacientes con trastorno mental grave como la Esquizofrenia? ¿ cabría la introducción de otras o nuevas medidas en el ámbito de la promoción de la salud a través de la actividad física? ¿ se debería enfatizar más en la motivación con los pacientes con Esquizofrenia para su integración en actividades ocupacionales, deportivas o de ocio?

Habrá pacientes que no tengan ninguna motivación para cambiar su estilo de vida, pero se pueden disminuir las tasas de morbimortalidad insistiendo en la adquisición de hábitos saludables de alimentación y ejercicio, y así poder intervenir en una mejor posición sobre hábitos tóxicos, como el tabaquismo.

Conclusión

Existe suficiente conocimiento para afirmar que las personas que presentan enfermedades mentales y, en particular trastornos mentales graves, como la esquizofrenia, tienen asociadas tasas de prevalencia más altas de problemas somáticos, de mortalidad para determinadas patologías y una esperanza de vida menor que la población general. Esta mayor morbimortalidad se debe en muchos casos a la aparición de patologías concurrentes, cuya prevención, diagnóstico y tratamiento se ve

dificultada por el hecho de padecer una enfermedad mental. Los elementos que contribuyen a favorecer este tipo de trastornos físicos asociados se relacionan con una mayor prevalencia de estilos de vida no saludables; con factores de la propia enfermedad; con los tratamientos farmacológicos y con la menor accesibilidad de estas personas a una atención sanitaria continuada y adecuada a sus necesidades, debido principalmente al estigma.

Bibliografía

1. Tosh G, Clifton A, Bachner M. Asesoramiento general sobre salud física para pacientes con enfermedades mentales graves (Revisión Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 2. Art. No.: CD008567. DOI: 10.1002/14651858.CD008567. 8. Simonelli-Muñoz, Agustín J, María I Fortea, Pilar Salorio, Juana I Gallego-Gómez, Sonia Sánchez-Bautista, and Serafín Balanza. «Dietary Habits of Patients with Schizophrenia: a Self-reported Questionnaire Survey.» International Journal of Mental Health Nursing 21, no. 3 (June 2012): 220-228. doi:10.1111/j.1447-0349.2012.00821.x.
2. Simonelli-Muñoz, Agustín J, Maria I Fortea, Pilar Salorio, Juana I Gallego-Gómez, Sonia Sánchez-Bautista, and Serafín Balanza. «Dietary Habits of Patients with Schizophrenia: a Self-reported Questionnaire Survey.» International Journal of Mental Health Nursing 21, no. 3 (June 2012): 220-228. doi:10.1111/j.1447-0349.2012.00821.x.
3. Inés Gómez Jiménez, Luis Moya Albiol. Abordaje terapéutico grupal en salud mental. Experiencia en Hospital de Día del HGUCR.
4. Enfermería de salud mental y psiquiatria: Valoracion y cuidados. Fornés. Editorial médico panamericana. 2ª Edición 2014.

Capítulo 108

Estadística de suicidio en Castilla La Mancha

Arias del Campo, Leticia
Ormeño Romero, Ricardo
García Gallego, Marta
Vargas Muñoz, Noelia
Sánchez Vázquez, Virginia

"ESTADÍSTICA DE SUICIDIO EN CASTILLA LA MANCHA"

1) INTRODUCCIÓN

El suicidio es un claro problema de salud pública: la gran muerte silenciosa. En nuestra región se suicida una persona cada tres días, siendo la séptima comunidad autónoma en el ranking de muertes por esta causa. El gobierno de Castilla-La Mancha ha desarrollado una de las más completas estrategias para la prevención del suicidio y la intervencion ante tentativas autolíticas que existen actualmente en España

2) OBJETIVOS

1) Actualizar, analizar y divulgar la información estadística en CLM.
2) Fomentar la aplicación de un programa a nivel regional-nacional de prevención y actuación.

3) METODOLOGÍA

Para lograr los objetivos propuestos se realizó una revisión bibliográfica. Para ello, se ha elaborado dicho estudio a partir de los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE). Además se revisarion las siguientes bases de datos: Medline, Cuiden, Cochrane y Google Académico, además de enlaces cruzados.

4) RESULTADOS

Según el último informe actual del Grupo Regional de Trabajo sobre Prevención de Suicidio en Castilla-La Mancha, durante el periodo analizado de 1991-2015:

- En CLM se produjeron 3678 defunciones por suicidio, de las cuales 2997 corresponden a varones (81% del total) y 681 a mujeres (19% del total).
- La razón varón/mujer en el conjunto del período fue 4,4.
- Casi el 5% de los suicidios que se producen en España son de castellanomanchegos, lo que la convierte en la séptima comunidad autónoma de muertes por esta causa y la sexta en relación a su población.
- El riesgo de suicidio aumenta con la edad, sobre todo en varones llegando a multiplicarse por diez en las edades más avanzadas respecto a edades más avanzadas.
- De los intentos de suicidio en Castilla La-Mancha, un tercio ocurrieron en zona rural y la mayor parte de incidentes se dieron por la tarde.



5) CONCLUSIONES

1. El suicidio sigue siendo la primera causa de muerte no natural en España según el INE, siendo CLM la séptima comunidad por número de suicidios en el ranking de las comunidades autónomas.
2. Las tasas especificas de mortalidad por suicidio son mayores en varones que en mujeres en todos los grupos de edad. En varones las tasas aumenta progresivamente desde el grupo de edad de 15-24 años hasta el grupo de edad de 55-64 años. A partir de este grupo de edad aumenta de forma acusada hasta llegar al máximo en el grupo de edad de 85 y más años de edad.
3. Desde el Plan de Salud Mental de CLM 2018-2025, se plantean estrategias para su prevención e intervención. Es muy importante en incidir en proporcionar pautas de actuación a educadores, familiares cuidadores y profesionales sanitarios.

BIBLIOGRAFÍA

-Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte. Disponible en: http://www.ine.es/prensa/np963.pdf
-Luis J.Treviño. ReNEPCA, Red Nacional para el estudio y prevención de conductas autolíticas.

Resumen: *El suicidio es un claro problema de salud pública. En Castilla-La Mancha se suicida una persona cada tres días, siendo la séptima comunidad en el ranking de muertes por esta causa. La diferencia por género es mucho más grande en nuestra comunidad que en el resto de España.*

Por ello, es necesario actuar y capacitar a los profesionales para detectar el riesgo precoz y mejorar la intervención. Así como unificar un protocolo a seguir en caso de ver una señal de alerta. El gobierno de Castilla-La Mancha ha desarrollado una de las más completas estrategias que existe en nuestro país.

Palabras Clave: *Suicidio; salud; prevención.*

Introducción

El suicidio sigue siendo la primera causa de muerte no natural en España según el INE, cobrándose casi 10 vidas al día. Se trata, según la Organización de la Salud (OMS), del mayor problema de salud pública en Europa. La magnitud del problema incluso es mucho mayor de lo que parece, ya que por cada una de las personas que se suicidan, se estima que hay otras 20 que lo intentan.

Visibilizar el problema entre instituciones y sociedad, hablar del mismo, salvar el aislamiento y aliviar a la persona que piense en ello, tender y ser puente con los profesionales de la salud que pueden orientar y ayudar.

No es fácil hablar, nunca lo será, pero callar sobre el suicidio lo convierte en un tema tabú y lejano que no podemos permitir que se instaure de esa forma en nuestra sociedad, por lo que estrategias para la prevención del suicidio y la intervención ante tentativas autolíticas, la participación y colaboración de todos estos colectivos nos refuerza en la idea de que, se puede prevenir.

Estudio y resultados

Según el último informe actual del Grupo Regional de Trabajo sobre Prevención de Suicidio en Castilla-La Mancha, durante el periodo analizado de 1991-2015, podemos concluir los siguientes datos.

En Castilla-La Mancha se produjeron 3678 defunciones por suicidio, de las cuales 2997 corresponden a varones (81 % del total) y 681 a mujeres (19 % del total).

El mayor número de suicidios en varones se registra entre los 40 y los 49 años, pero en mujeres la edad es mucho menor: entre los 15 y los 29 años, siendo la única comunidad autónoma que registra el mayor número de fallecimientos en este rango de edad. El riesgo de suicidio aumenta con la edad, sobre todo en varones, que llega a multiplicarse por 10 respecto a las edades más tempranas.

Además, la diferencia por género es mucho más grande en nuestra comunidad que en el resto de España: si a nivel nacional por cada tres hombres una mujer se suicida. En Castilla-La Mancha es una por cada cinco varones. Los motivos fundamentalmente son culturales y por el acceso a los recursos: a los hombres les cuesta más pedir ayuda.

De los intentos de suicidio en Castilla La-Mancha, un tercio ocurrieron en zona rural y la mayor parte de incidentes se dieron por la tarde.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Las áreas sanitarias de Mancha-Centro, Ciudad Real, Puertollano y Albacete tienen una razón estandarizada de mortalidad por suicidio en el periodo 1991-2015 superior a la de CLM. Por el contrario, las áreas sanitarias de Guadalajara, Toledo, Cuenca y Talavera tienen una razón estandarizada de mortalidad por suicidio en el periodo 1991-2015 inferior a la de CLM.

A nivel nacional, casi el 5 % de los suicidios que se producen en España son de castellanomanchegos, lo que la convierte en la séptima comunidad autónoma de muertes por esta causa y la sexta en relación a su población.

Conclusiones

El suicidio es multicausal. Aunque hay personas con mayor riesgo que otras y factores que aumentan ese riesgo. Los problemas de salud mental, antecedentes familiares, condicionantes económicos, problemas familiares...

El suicidio se puede prevenir, como los accidentes de tráfico o los homicidios. Sólo hacen falta políticas y programas de prevención, se trata de capacitar a los profesionales para detectar el riesgo precoz y mejorar la intervención. Así como unificar un protocolo a seguir en caso de ver una señal de alerta, y proporcionar pautas prácticas de actuación a educadores, familiares cuidadores y profesionales sanitarios.

El Gobierno de Castilla-La Mancha ha desarrollado una de las más completas estrategias para la prevención del suicidio y la intervención ante tentativas autolíticas que existen actualmente en el conjunto del país, ya que en su elaboración han confluido no solo la vertiente sanitaria sino también los aspectos educativos y condicionantes sociales, que han permitido definir cuatro líneas estratégicas y 44 acciones destinadas a atajar esta situación prioritaria de salud pública.

Entre las acciones orientadas a la prevención universal se encuentran mejorar la información sobre el acceso a servicios, difundir guías de información veraz y promover la investigación en relación con la prevención del suicidio. Para prevenir a grupos vulnerables, el estudio propone desarrollar protocolos de detección y manejo de la conducta suicida en diferentes ámbitos, llevar a cabo intervenciones preventivas en grupos de especial riesgo o formar a los profesionales de servicios sociales, sociosanitarios y educativos.

Finalmente, se incluyen otra serie de acciones destinadas a la prevención indicada a personas en las que se detecta riesgo, así como la formación a profesionales sanitarios en la detección y manejo de la conducta suicida y mejorar los circuitos de comunidad y la continuidad asistencial en las personas en que se ha detectado.

Bibliografía

1. L. Giner, L. y J.A. Guija, J.A. (2014). Número de suicidios en España: Diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 7, 139-146.
2. Celada, F.J. (2017). Evolución de la conducta suicida: Estudio autonómico de los intentos de suicidio en Castilla-La Mancha (2006-2015). Tesis doctoral. universidad Complutense de Madrid. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Capítulo 109

Estrés en padres de niños con cardiopatías congénitas ingresados en unidades de cuidados intensivos pediátricos. Revisión bibliográfica

Álvarez Paniagua, Sonia

Elías Fernández Calvillo, Rosa

ESTRÉS EN PADRES DE NIÑOS CON CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS INGRESADOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

INTRODUCCIÓN

Las cardiopatías congénitas (CC) son un defecto en la estructura y funcionamiento del corazón presente al nacimiento. Son las malformaciones congénitas más frecuentes afectando en España a 1 de cada 4000 niños nacidos. Dos terceras partes de ellos precisarán tratamiento quirúrgico y hospitalización en unidades de cuidados intensivos. Asimismo, van a precisar hacer frente a una gran cantidad de procedimientos de forma consecutiva. Todo ello, genera un gran impacto emocional y altos niveles de estrés en los padres. Según la literatura, los factores determinantes del estrés parental (EP) se pueden agrupar en factores derivados del niño, de los padres, del ambiente y del equipo clínico, siendo la pérdida del rol parental el factor más estresante seguido de la apariencia física y del comportamiento del niño. Para la valoración del EP, existe una escala validada denominada "The Parental Stressor Scale: Infant Hospitalization".

Desde el momento del diagnóstico y a lo largo de todo el proceso los padres precisan información detallada, clara y concisa sobre las CC, educación y preparación para el alta. Sin embargo, dicha información generalmente no es abordada de forma integral por los distintos miembros del equipo sino que es transmitida de forma aislada por los diferentes miembros del mismo.

La enfermera es el puente entre los padres y el resto del equipo de salud. Se trata de un profesional clave puesto que brinda un cuidado integral tanto al niño como a la familia proporcionando apoyo emocional, enseñando y haciendo participes a los padres de los cuidados de su hijo.

OBJETIVOS



- Describir los principales factores determinantes de estrés en padres de niños con cardiopatías congénitas ingresados en unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP).
- Identificar estrategias para disminuir el estrés parental.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sobre el tema empleando diferentes recursos entre los que caben destacar las bases de datos PubMed, SCIELO, la biblioteca Cochrane Plus, la guía "Guía de Práctica Clínica para el Cuidado de Enfermería a la familia del paciente pediátrico en la UCI" y el "Manual para padres de niños con cardiopatías congénitas" de la Sociedad Española de Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas. Se seleccionaron artículos tanto en castellano como en inglés con una antigüedad máxima de 10 años. Las palabras clave empleadas fueron "estrés parental" ("parental stress"), "niños" ("children"), "cardiopatías congénitas" ("congenital heart disease") y unidad de cuidados intensivos pediátricos ("pediatric intensive care unit").

RESULTADOS

De acuerdo con la evidencia científica revisada, el origen del EP se puede clasificar en 4 factores o estresores:

- Derivados del niño: considerados los factores más alarmantes y estresantes para los padres. Se refieren al estado clínico y apariencia física del niño, derivados de la enfermedad y su abordaje terapéutico (presencia de dispositivos, "tubos", aparataje, inmovilidad…), la gravedad del diagnóstico y el comportamiento de los niños, habitualmente sedoanalgesiados, lo que dificulta la identificación de dolor, incomodidad y sufrimiento, siendo causa importante de EP.
- Derivados de los padres: donde destacan la alteración del rol parental provocada por la necesidad de separarse de su hijo y la aparente incapacidad para cuidarlo y protegerlo, la alteración del funcionamiento familiar con objeto de atender prioritariamente las necesidades del niño enfermo, y la alteración de los sentimientos paternos (incredulidad, culpa, ansiedad, miedo…) secundaria al proceso de hospitalización, especialmente en UCIP.
- Derivados del ambiente: incluyen la estancia en UCIP como un evento potencialmente estresante para los padres, destacando en ellos altos niveles de ansiedad e intranquilidad relacionados con los procedimientos e instrumentos terapéuticos característicos de esta unidad (equipos médicos, alarmas, luces, monitores, muchas personas en la unidad…). Así mismo el momento del ingreso (imprevisto/programado) y la duración de la hospitalización también se incluyen en este grupo.
- Derivados del equipo clínico: el equipo clínico formado por múltiples integrantes (variadas y reiteradas visitas y evaluaciones al niño) y la inadecuada comunicación con el mismo (información insuficiente y demasiado rápida, tecnicismos y contradicciones) conforman este grupo. La literatura científica los declara como factores no altamente estresantes para los padres, pero si importantes en cuanto a la asociación existente entre el establecimiento de una relación de apoyo y confianza con el equipo clínico, con unos menores niveles de EP.

Para el abordaje y control de los ya descritos estresores, la evidencia científica propone la creación e implementación de un plan de intervención, adaptado a las características, particularidades y necesidades propias de cada niño y su familia, con objeto de entregarlo a los padres de los niños ingresados en UCIP.

Así mismo, para el abordaje de dichos estresores se recomienda el uso de la escala validada "The Parental Stressor Scale: Infant Hospitalization" como método objetivo de valoración y seguimiento del EP durante todo el proceso de hospitalización en UCIP del niño.

CONCLUSIONES

Dada la elevada prevalencia de CC que requieren tratamiento quirúrgico y hospitalización en UCIP precisando gran variedad de técnicas y procedimientos invasivos y, generando continuos estímulos estresantes multifactoriales en los padres de estos niños, se debe considerar desde el primer momento el abordaje del EP con las estrategias anteriormente descritas, garantizando la preparación de las intervenciones por parte del equipo multidisciplinar, la elaboración y transmisión de la información oportuna a los padres y su participación en el cuidado de los hijos durante todo el proceso de hospitalización, en especial, en la UCIP como parte del proceso de humanización del cuidado en pediatría.

En todo este proceso de abordaje del EP, resalta el papel de la enfermera como nexo de unión entre los padres y la unidad y como agente defensor de unos cuidados de calidad donde se prioriza y aborda tanto al niño críticamente enfermo como a sus padres y familiares.

Resumen: *Las cardiopatías congénitas (CC) son las malformaciones congénitas más frecuentes afectando en España a 1 de cada 4000 niños nacidos. Dos terceras partes de ellos precisarán tratamiento quirúrgico y hospitalización en unidades de cuidados intensivos. Todo ello, genera un gran impacto emocional y altos niveles de estrés en los padres. Para la valoración del estrés parental, existe una escala validada denominada "The Parental Stressor Scale: Infant Hospitalization". En todo este proceso resalta el papel de la enfermera como nexo de unión entre los padres y la unidad y como agente defensor de unos cuidados de calidad.*

Palabras Clave: *Cardiopatías congénitas; estrés psicológico; pediatría.*

Introducción

Las cardiopatías congénitas (CC) son un defecto en la estructura y funcionamiento del corazón presente al nacimiento. Son las malformaciones congénitas más frecuentes afectando en España a 1 de cada 4000 niños nacidos. Dos terceras partes de ellos precisarán tratamiento quirúrgico y hospitalización en unidades de cuidados intensivos. Asimismo, van a precisar hacer frente a una gran cantidad de procedimientos de forma consecutiva. Todo ello, genera un gran impacto emocional y altos niveles de estrés en los padres. Según la literatura, los factores determinantes del estrés parental (EP) se pueden agrupar en factores derivados del niño, de los padres, del ambiente y del equipo clínico, siendo la pérdida del rol parental el factor más estresante seguido de la apariencia física y del comportamiento del niño. Para la valoración del EP, existe una escala validada denominada "The Parental Stressor Scale: Infant Hospitalization".

Desde el momento del diagnóstico y a lo largo de todo el proceso los padres precisan información detallada, clara y concisa sobre las CC, educación y preparación para el alta. Sin embargo, dicha información generalmente no es abordada de forma integral por los distintos miembros del equipo sino que es transmitida de forma aislada por los diferentes miembros del mismo.

La enfermera es el puente entre los padres y el resto del equipo de salud. Se trata de un profesional clave puesto que brinda un cuidado integral tanto al niño como a la familia proporcionando apoyo emocional, enseñando y haciendo partícipes a los padres de los cuidados de su hijo.

Objetivos

- Describir los principales factores determinantes de estrés en padres de niños con cardiopatías congénitas ingresados en unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP).
- Identificar estrategias para disminuir el estrés parental.

Material y métodos

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sobre el tema empleando diferentes recursos entre los que caben destacar las bases de datos PubMed, SCIELO, la biblioteca Cochrane Plus, la guía "Guía de Práctica Clínica para el Cuidado de Enfermería a la familia del paciente pediátrico en la UCI" y el "Manual para padres de niños con cardiopatías congénitas" de la Sociedad Española de Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas. Se seleccionaron artículos tanto en castellano como en inglés

ISBN: 978-84-949197-6-3

con una antigüedad máxima de 10 años. Las palabras clave empleadas fueron “estrés parental” (“parental stress”), “niños” (“children”), “cardiopatías congénitas” (“congenital heart disease”) y unidad de cuidados intensivos pediátricos (“pediatric intensive care unit”).

Resultados

De acuerdo con la evidencia científica revisada, el origen del EP se puede clasificar en 4 factores o estresores:

1. Derivados del niño: considerados los factores más alarmantes y estresantes para los padres. Se refieren al estado clínico y apariencia física del niño, derivados de la enfermedad y su abordaje terapéutico (presencia de dispositivos, “tubos”, aparataje, inmovilidad…), la gravedad del diagnóstico y el comportamiento de los niños, habitualmente sedoanalgesiados, lo que dificulta la identificación de dolor, incomodidad y sufrimiento, siendo causa importante de EP.

2. Derivados de los padres: donde destacan la alteración del rol parental provocada por la necesidad de separarse de su hijo y la aparente incapacidad para cuidarlo y protegerlo, la alteración del funcionamiento familiar con objeto de atender prioritariamente las necesidades del niño enfermo, y la alteración de los sentimientos paternos (incredulidad, culpa, ansiedad, miedo…) secundaria al proceso de hospitalización, especialmente en UCIP.

3. Derivados del ambiente: incluyen la estancia en UCIP como un evento potencialmente estresante para los padres, destacando en ellos altos niveles de ansiedad e intranquilidad relacionados con los procedimientos e instrumentos terapéuticos característicos de esta unidad (equipos médicos, alarmas, luces, monitores, muchas personas en la unidad…). Así mismo el momento del ingreso (imprevisto/programado) y la duración de la hospitalización también se incluyen en este grupo.

4. Derivados del equipo clínico: el equipo clínico formado por múltiples integrantes (variadas y reiteradas visitas y evaluaciones al niño) y la inadecuada comunicación con el mismo (información insuficiente y demasiado rápida, tecnicismos y contradicciones) conforman este grupo. La literatura científica los declara como factores no altamente estresantes para los padres, pero si importantes en cuanto a la asociación existente entre el establecimiento de una relación de apoyo y confianza con el equipo clínico, con unos menores niveles de EP.

Para el abordaje y control de los ya descritos estresores, la evidencia científica propone la creación e implementación de un plan de intervención, adaptado a las características, particularidades y necesidades propias de cada niño y su familia, con objeto de entregarlo a los padres de los niños ingresados en UCIP.

Conclusiones

Dada la elevada prevalencia de CC que requieren tratamiento quirúrgico y hospitalización en UCIP precisando gran variedad de técnicas y procedimientos invasivos y, generando continuos estímulos estresantes multifactoriales en los padres de estos niños, se debe considerar desde el primer momento el abordaje del EP con las estrategias anteriormente descritas, garantizando la preparación de las intervenciones por parte del equipo multidisciplinar, la elaboración y transmisión de la información oportuna a los padres y su participación en el cuidado de los hijos durante todo el proceso de hospitalización, en especial, en la UCIP como parte del proceso de humanización del cuidado en pediatría.

En todo este proceso de abordaje del EP, resalta el papel de la enfermera como nexo de unión entre los padres y la unidad y como agente defensor de unos cuidados de calidad donde se prioriza y aborda tanto al niño críticamente enfermo como a sus padres y familiares.

Bibliografía

1. Ramírez M, Pino P, Springmuller D, Clavería C. Estrés en padres de niños operados de cardiopatías congénitas. Arch Argent Pediatr. 2014; 112(3): 263-267.
2. Ramírez M, Navarro S, Clavería C, Molina Y, Cox A. Estresores parentales en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Rev Chil Pediatr. 2018; 89(2): 182-189.
3. Pino Armijo P, Valdés Valenzuela CG, Fajuri Moyano P, Garrido Villablanca O, Castillo Moya A. Propuesta de un programa educativo para padres de niños con cardiopatías congénitas. Arch Argent Pediatr. 2014; 112(5): 451-456.
4. Franck LS, McQuillan A, Wray J, Grocott MP, Goldman A. Parent stress levels during children´s hospital recovery after congenital heart surgery. Pediatr Cardiol 2010;31 (7): 961-8.

Capítulo 110

Estudio comparativo acerca de la educación para la salud adquirida por los hipertensos de España y Reino Unido

Ruiz Mendoza, Esperanza

Collado Lozano, Andrés

Santiago Galindo, Cristina

Gallego Tirado, Cristina

ESTUDIO COMPARATIVO ACERCA DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD ADQUIRIDA POR LOS HIPERTENSOS DE ESPAÑA Y REINO UNIDO

Introducción

Se considera hipertensión a una presión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg sostenida en el tiempo. Es uno de los primeros motivos de consulta en atención primaria y la patología crónica más frecuente. También es un factor de riesgo muy importante en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares.

Según la Sociedad Española de Hipertensión, en España, el 33% de las personas adultas son hipertensos, con un grado de conocimiento del 60% y un control de la enfermedad del 25%.

Objetivos

•Principal:
- Comparar los conocimientos que los hipertensos de España y Reino Unido tienen acerca de la hipertensión

•Secundarios:
- Valorar la calidad de la educación sanitaria recibida entre ambos países
- Identificar las dudas más frecuentes entre los hipertensos
- Destacar la importancia de la educación para la salud

Método

•Diseño observacional descriptivo transversal

•Criterios de inclusión:
- •Edad: tener entre 21 y 70 años
- •Lugar de residencia: España y Reino Unido
- •Dar permiso oral para realizar la encuesta y publicar los resultados
- •Ser hipertenso

•Criterios de exclusión:
- •No cumplir con cualquiera de los anteriores criterios de inclusión
- •No tener un seguimiento por parte del personal de atención primaria

•Medio de obtención de datos a través de una encuesta de 13 preguntas difundida mediante Formularios de Google:
- •10 preguntas con una sola respuesta correcta
- •3 preguntas de elección múltiple

•Análisis estadístico: los datos fueron introducidos en la base de datos Excel. Las variables cualitativas se presentan como número total de eventos y porcentaje.

•Tamaño de la muestra: 76 personas (38/38)

Resultados

Por un lado, de los 38 hipertensos españoles entrevistados, había 2 con edad de entre 21-30 años, 2 de 31-40 años, 10 de 41-50 años; 17 de 51-60 años y 7 de 61-70 años. Siendo la media de edad de 52.07 años y la desviación estándar de 10.07.

Por otro lado, de los 38 hipertensos ingleses, 3 de ellos tenían una edad de entre 21-30 años; 5 entre 31-40 años; 8 de 41-50 años; 6 de 51-60 años y 16 de 61-70 años. Siendo la media de edad de 52.60 años y la desviación estándar de 13.35.

Los resultados más significativos se muestran en los gráficos 1, 2, 3 y 4.



Gráfico 1

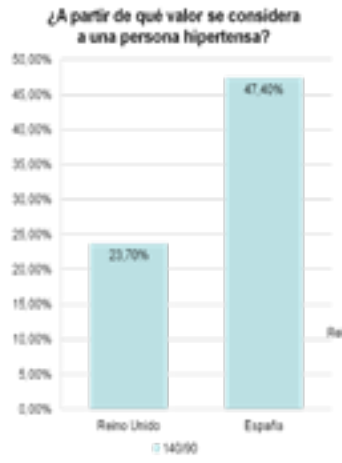


Gráfico 2

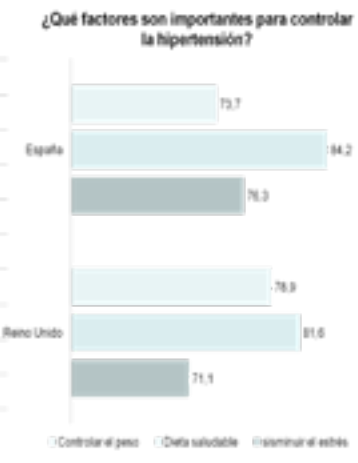


Gráfico 3

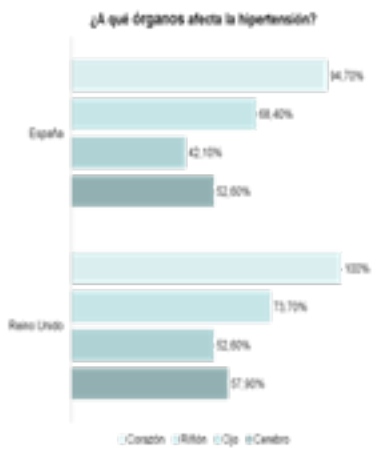


Gráfico 4

Conclusiones

En la actualidad se sabe que el tratamiento no farmacológico juega un papel muy importante en lo referente a la prevención y tratamiento de la hipertensión. Pero para que este tratamiento no farmacológico sea eficaz ha de ser explicado por el personal sanitario, mostrando las ventajas del mismo. De este modo, las recomendaciones de salud que se le dan al paciente deben ser explicadas de forma que el paciente entienda por qué se le recomienda que haga o deje de hacer algo. En todo el proceso se debe motivar al paciente para que el cambio de la conducta se prolongue en el tiempo y no solo a corto plazo.

Los resultados del estudio muestran que, si bien es cierto que no hay una diferencia significativa entre los dos países, la población posee un conocimiento mejorable a nivel general. En ambos medios hay numerosas respuestas incorrectas por lo que se debería hacer más hincapié en lo que el paciente sabe acerca de su enfermedad, reforzando ese conocimiento con diferentes estrategias con el fin de que el paciente tenga toda la información posible acerca de su enfermedad y pueda aplicarla a su rutina diaria.

Resumen: *El estudio expuesto a continuación tiene como fin comparar los conocimientos que tiene el paciente hipertenso sobre la hipertensión (HTA) entre Reino Unido y España.*

Para llevarlo a cabo se ha realizado una revisión bibliográfica destacando los aspectos más importantes de la hipertensión. También se ha recurrido a una encuesta validada sobre conocimientos que un hipertenso, seguido por el personal de enfermería, debería tener y ha sido realizada a 76 personas, 38 españoles y 38 ingleses. Cada pregunta de la encuesta ha sido representada mediante tablas o gráficos reflejados en el póster.

Palabras Clave: *Hipertensión; heath education; factores de riesgo.*

Introducción

Se considera hipertensión a una presión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg sostenida en el tiempo. Es uno de los primeros motivos de consulta en atención primaria y la patología crónica más frecuente. También es un factor de riesgo muy importante en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares.

Según la Sociedad Española de Hipertensión, en España, el 33% de las personas adultas son hipertensos, con un grado de conocimiento del 60 % y un control de la enfermedad del 25 %.

Objetivos

El objetivo principal es comparar los conocimientos que los hipertensos de España y Reino Unido tienen acerca de la hipertensión. *Los objetivos secundarios* son valorar la calidad de la educación sanitaria recibida entre ambos países, identificar las dudas más frecuentes entre los hipertensos y destacar la importancia de la educación para la salud.

Material y métodos

Se trata de un diseño observacional descriptivo transversal en el que se han usado unos criterios de inclusion (edad: tener entre 21 y 70 años; lugar de residencia: España y Reino Unido; dar permiso oral para realizar la encuesta y publicar los resultados; ser hipertenso) y unos criterios de exclusión (no cumplir con cualquiera de los anteriores criterios de inclusión, no tener un seguimiento por parte del personal de atención primaria).

Los datos se han obtenido a través de una encuesta anónima de 13 preguntas (10 preguntas con una sola respuesta correcta y 3 preguntas de elección múltiple) difundida mediante Formularios de Google.

Los datos fueron introducidos en la base de datos Excel. Las variables cualitativas se representan como número total de eventos y porcentaje.

El tamaño de la muestra es de 76 personas (38 ingleses y 38 españoles).

Por un lado, de los 38 hipertensos españoles entrevistados, había 2 con edad de entre 21-30 años, 2 de 31-40 años, 10 de 41-50 años; 17 de 51-60 años y 7 de 61-70 años. Siendo la media de edad de 52.07 años y la desviación estándar de 10.07.

Por otro lado, de los 38 hipertensos ingleses, 3 de ellos tenían entre 21-30 años; 5 entre 31-40 años; 8 de 41-50 años; 6 de 51-60 años y 16 de 61-70 años.

Siendo la media de edad de 52.60 años y la desviación estándar de 13.35.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Resultados

De las 13 preguntas del cuestionario hemos resaltado 4 que nos han llamado especialmente la atención ya que hacen referencia a los conocimientos básicos que cualquier persona con HTA debería tener si está siendo seguido regularmente por personal sanitario.

Una de ellas es la siguiente: ¿Puede dejar de tomar su medicación si sus cifras de tension arterial están bajo control aunque no se lo haya indicado su medico? El 24% de la población española contestaron afirmativamente mientras que menos del 16% de los ingleses contestaron «si».

La siguiente pregunta hace referencia a las cifras de tensión arterial a partir de la cuál se diagnostica HTA. Menos del 50% de los españoles y menos del 25% de los ingleses respondieron correctamente a esta pregunta.

En cuanto a la pregunta relacionada con los factores de riesgo de la HTA el 78% de la muestra española y el 73% de la inglesa respondieron correctamente.

La pregunta que investiga los conocimientos relacionados con los daños que provoca la HTA en nuestros órganos. El 65% los españoles y el 71% de los ingleses respondieron correctamente a esta pregunta.

Conclusiones

En la actualidad se sabe que el tratamiento no farmacológico juega un papel muy importante en lo referente a la prevención y tratamiento de la hipertensión. Pero para que este tratamiento no farmacológico sea eficaz ha de ser explicado por el personal sanitario, mostrando las ventajas del mismo. De este modo, las recomendaciones de salud que se le dan al paciente deben ser explicadas de forma que el paciente entienda por qué se le recomienda que haga o deje de hacer algo. En todo el proceso se debe motivar al paciente para que el cambio de la conducta se prolongue en el tiempo y no solo a corto plazo.

Los resultados del estudio muestran que, si bien es cierto que no hay una diferencia significativa entre los dos países, la población posee un conocimiento mejorable a nivel general acerca de la HTA. En ambos medios hay numerosas respuestas incorrectas por lo que se debería hacer más hincapié en lo que el paciente sabe acerca de su enfermedad, reforzando ese conocimiento con diferentes estrategias con el fin de que el paciente tenga toda la información posible acerca de su enfermedad y pueda aplicarla a su rutina diaria.

Bibliografía

1. De la Figuera, M. y Dalfó, A. Hipertensión arterial. En Zurro, A., Cano, J. y Gené, J. Atención primaria. 7ª ed. Barcelona: Elservier; 2014. P. 168-201.
2. Moliner, J., Castiñeira, C., Domínguez, M., Rios, M., Chayán, L., Gil, J., González, C., Leiro, A. y Marín, M. Hipertensión arterial. [Internet]: Fisterra; 2012 [actualizado 24 abr 2014; citado 24 mar 2015]. Disponible en: http://www.fisterra.com/guias-clinicas/hipertension-arterial/.
3. Mark A. Hubble, Barry L. Duncan and Scott D. (Eds.). The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy. [Internet] Washington, DC: American Psychological Association, 1999 [citado 24 mar 2015]. Disponible en https://psicouas.files.wordpress.com/2009/03/prochaska-motivacion-para-el-cambio.pdf.
4. Sistema Nacional de Salud. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de la atención. [Internet]. México: 2014 [actualizado 08 jul 2014; citado 24 mar 2015]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/076-GCP__HipertArterial1na/ger_hipertension.pdf.

Capítulo 111

Estudio etnográfico sexualidad en adolescentes

Carabaño Mayorga, Ángela

Trabajo de Investigación

ESTUDIO ETNOGRÁFICO SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES



Preparación de una Charla-Taller Afectivosexual orientada a los intereses del grupo



20 adolescentes de entre 15-16 años, pertenecientes a un programa educativo para jóvenes en riesgo de exclusión social



Se preparó el "BUZÓN DE LA SEXUALIDAD" para recopilar de manera anónima las dudas planteadas por los alumnos, durante una semana en su centro educativo, para su posterior análisis y elaboración de la Charla-Taller

Se recopilaron 51 preguntas, clasificadas en 7 Áreas

ANTICONCEPTIVOS Y PREVENCIÓN EMBARAZOS

"¿Qué hay que hacer cuando se practica sexo sin condón para que una chica no se quede embarazada y no tenga que abortar?"

Uso correcto del Preservativo

16

MENSTRUACIÓN E HIGIENE FEMENINA

"¿Qué pasa y por qué huele mal el flujo y nos baja mucho? ¿Qué hay que hacer para que no huela mal el flujo?"

Alteraciones Menstruales / Higiene
Cambios Hormonales

7

MASTURBACIÓN

"Afirma o desmiente el siguiente dicho: si te masturbas, te salen granos."

Mitos

3

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

"¿Se puede transferir alguna enfermedad a través del sexo oral?"

Prevención / Síntomas / ETS

6

TAMAÑO DEL PENE

"¿Cuál es el tamaño máximo del pene? ¿Es verdad que los negros la tienen más larga?"

Mitos / Diversidad

3

PÉRDIDA DE LA VIRGINIDAD

"¿Te puedes desvirgar con un *Tampax*?"

"¿Por qué antes de tener la primera relación sexual estás tan insegura?"

Anatomía / Apoyo emocional / Mitos

8

Varios

"¿Es verdad que si un chico está un tiempo prolongado erecto sin llegar al orgasmo se le produce un dolor testicular?"

"¿Cómo pueden mantener una relación sexual 2 chicas juntas o 2 chicos juntos?"

8



Guión Charla-Taller Afectivo Sexual

1.- SOMOS DIFERENTES
Generalidades hombre/mujer
Diversidad
Distintos tipos de familia
"Todos somos diferentes y eso es bueno"

2.- ANATOMÍA MASCULINA
Anatomía externa
Anatomía interna
Erección

3.- ANATOMÍA FEMENINA
Anatomía externa
Anatomía interna
Menstruación
Higiene

4.- VIRGINIDAD
"La sexualidad no solo consiste en mantener relaciones sexuales, ni el sexo se resume solo en la penetración"
Relaciones homosexuales
Masturbación

5.- ANTICONCEPCIÓN
Doble método
Métodos hormonales
"LARC"

6.- ETS
Prevención
Síntomas

7.- ACOSO SEXUAL
Acoso a la mujer
Mentiras en la red



UCLM

SATSE

Fuden

Resumen: *La sexualidad es una parcela de la conducta humana que se manifiesta desde los primeros años de la infancia en todas las etapas de la vida, pero es durante la infancia y la adolescencia cuando adquiere una mayor importancia.*

Atendiendo a una demanda educacional por parte de los educadores de un grupo de adolescentes en riesgo de exclusión social, se preparó un buzón anónimo para recopilar las dudas planteadas por los alumnos, durante una semana en su centro educativo, para su posterior análisis y elaboración de la charla-taller que se desarrolló en torno a 7 áreas temáticas.

Palabras Clave: *Adolescente; salud sexual; educación sexual.*

Objetivo

Preparación de una charla-taller afectivosexual orientada a los intereses del grupo.

Material y métodos

Población diana: 20 adolescentes de entre 15-16 años, pertenecientes a un programa educativo para jóvenes en riesgo de exclusión social

Se preparó el "buzón de la sexualidad" para recopilar de manera anónima las dudas planteadas por los alumnos, durante una semana en su centro educativo, para su posterior análisis y elaboración de la charla-taller.

Se recopilaron 51 preguntas, clasificadas en 7 áreas:

Área 1. Anticonceptivos y prevención de embarazos (16 preguntas): "¿Qué hay que hacer cuando se practica sexo sin condón para que una chica no se quede embarazada y no tenga que abortar?". Objetivo educativo: Los alumnos aprenderán el uso correcto y seguro del preservativo.

Área 2. Menstruación e higiene íntima (7 preguntas): "¿Qué pasa y por qué huele mal el flujo y nos baja mucho? ¿Qué hay que hacer para que no huela mal el flujo?". Objetivo educativo: Los alumnos identificarán las alteraciones menstruales e higiénicas relacionadas con los cambios hormonales.

Área 3. Masturbación (3 preguntas): "Afirma o desmiente el siguiente dicho: Si te masturbas, te salen granos." Objetivo educativo: Los alumnos identificarán los mitos relacionados con la masturbación de la realidad.

Área 4. Enfermedades de transmisión sexual (6 preguntas): "¿Se puede transferir alguna enfermedad a través del sexo oral?". Objetivos educativos: Los alumnos aprenderán la base de la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, sabrán identificar las principales así como su sintomatología habitual.

Área 5. Tamaño del pene (3 preguntas): "¿Cuál es el tamaño máximo del pene? ¿Es verdad que los negros la tienen más larga?". Objetivo educativo: Los alumnos identificarán los mitos relacionados con el tamaño del pene, y el respeto a su diversidad individual.

Área 6. Pérdida de la virginidad (8 preguntas): "¿Te puedes desvirgar con un Tampax?". "¿Por qué antes de tener la primera relación sexual estás tan insegura?". Objetivos educativos: Los alum-

ISBN: 978-84-949197-6-3

nos aprenderán la anatomía básica femenina y masculina y sabrán identificar sus partes, distinguirán los mitos relacionados con la virginidad y desarrollarán habilidades de asertividad.

Área 7. Varios (8 preguntas): "¿Es verdad que si un chico está un tiempo prolongado erecto sin llegar al orgasmo se le produce un dolor testicular?". "¿Cómo pueden mantener una relación sexual 2 chicas juntas o 2 chicos juntos?"- Resolución de dudas.

Guión charla-taller afectivo sexual:

1. *Somos diferentes:* Generalidades hombre/mujer. Diversidad. Distintos tipos de familia. "Todos somos diferentes y eso es bueno".
2. *Anatomía masculina:* Anatomía externa. Anatomía interna. Erección.
3. *Anatomía femenina:* Anatomía externa. Anatomía interna. Menstruación. Higiene.
4. *Virginidad:* "La sexualidad no solo consiste en mantener relaciones sexuales, ni el sexo se resume solo en la penetración". Relaciones homosexuales. Masturbación.
5. *Anticoncepción:* Doble método. Métodos hormonales. "LARC"
6. *ETS:* Prevención. Síntomas.
7. *Acoso sexual:* Acoso a la mujer. Mentiras en la red.

Bibliografía:

1. López LM, Grey TW, Tolley EE, Chen M. Brief educational strategies for improving contraception use in young people. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 3. Art. No.: CD012025. DOI: 10.1002/14651858.CD012025.pub2.
2. López LM, Bernholc A, Chen M, Tolley EE. School-based interventions for improving contraceptive use in adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 6. Art. No.: CD012249. DOI: 10.1002/14651858.CD012249.
3. Mason-Jones AJ, Sinclair D, Mathews C, Kagee A, Hillman A, Lombard C. School-based interventions for preventing HIV, sexually transmitted infections, and pregnancy in adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 11. Art. No.: CD006417. DOI: 10.1002/14651858.CD006417.pub3.
4. López LM, Grey TW, Chen M, Tolley EE, Stockton LL. Theory-based interventions for contraception. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 11. Art. No.: CD007249. DOI: 10.1002/14651858.CD007249.pub5.
5. Sreekumar S, Ramakrishnan J, Harisankar D, Mannethodi K. Felt needs and expectations of adolescents regarding sexual and reproductive health from schools and health systems: A descriptive study. Indian J Sex Transm Dis AIDS. 2019 Jan-Jun;40(1):30-34. doi: 10.4103/ijstd.IJSTD_20_17. PubMed PMID: 31143857; PubMed Central PMCID: PMC6532482.

Capítulo 112

Evaluación del dolor en una unidad de cuidados intensivos

Muñoz-Torrero Peña, Alicia

Vázquez Rodríguez-Barbero Inmaculada

Muñoz Camargo, Juan Carlos

Puebla Martín, Amadeo

Garrido Avileo, Añastasio

Rubio Serrano, María Pilar

EVALUACION DEL DOLOR EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

AUTORES:

INTRODUCCIÓN

El dolor es frecuentemente infravalorado, y por tanto insuficientemente tratado en los pacientes críticos. La capacidad para detectar y controlar el dolor y el sufrimiento de los pacientes es un principio importante y fundamental de todos los miembros de un Servicio de Medicina Intensiva. La UCI sin dolor debería ser un objetivo de calidad asistencial de todos los Servicios de Medicina Intensiva. La escala visual analógica (EVA) y la escala verbal numérica (EVN) son las recomendadas para la evaluación del dolor del paciente consciente y la escala de Campbell o ESCID para el paciente con incapacidad para comunicarse.

OBJETIVO

Evaluar las estrategias de valoración y registro del dolor en un UCI, así como los instrumentos utilizados para dicha valoración en pacientes comunicativos y no comunicativos.



Gráfico 1





Gráfico 2

MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio y ámbito: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en una unidad de cuidados intensivos.

Población de estudio: La población de estudio estuvo formada por el personal de enfermería asignado a la unidad. No se realizó ningún tipo de muestreo ya que se ofreció la posibilidad de participar a todos los integrantes de la plantilla de enfermería.

Variables: Se elaboró un cuestionario "ad hoc" con variables sociodemográficas y variables que valoraban actitud y abordaje del dolor en el paciente crítico.

Análisis de datos: Las variables cuantitativas se expresan como media con su desviación estándar (DE). Las variables cualitativas se presentan como número total de eventos y porcentaje. La comparación entre variables cualitativas se ha hecho mediante el test de la ji al cuadrado. Las variables cuantitativas se compararon mediante el test no paramétrico de la U de Mann-Whitney. El nivel de significación se estableció en una $p<0,05$.

Consideraciones éticas: Se solicitó la autorización a los participantes. El trabajo se elaboró respetando la legalidad vigente nacional e internacional en relación con la protección de datos. El equipo garantizó siempre la confidencialidad de todos los datos recopilados en el estudio y el anonimato de los mismos.

RESULTADOS

Se obtuvo una tasa de respuesta del 100% (75 participantes). El 72% (54) fueron mujeres. El tiempo de experiencia laboral y en UCI se pueden ver en el gráfico 1 y 2. Un 61,3% (46) de los participantes no realiza valoraciones clínicas orientadas al dolor al ingreso del paciente en UCI. Aunque el 100% refiere tener en cuenta el dolor en los procedimientos habituales que realiza con el paciente, tan solo un 57,3% (43) realiza evaluaciones periódicas del dolor durante su turno de trabajo.

El 73,3% (55) no utiliza ninguna escala como instrumento objetivo para la valoración del dolor en pacientes que pueden comunicarse. En los pacientes que no pueden comunicarse tan solo un 14,7% (11) utilizan instrumentos para la valoración del dolor. Los tipos de escalas utilizados pueden verse en los gráficos 3 y 4. Solamente el 52% (39) registra en la historia clínica del paciente la presencia e intensidad del dolor. Las principales barreras que los participantes indican que dificultan la implementación de una estrategia de valoración y registro del dolor se pueden ver en el gráfico 5. No se encontraron diferencias entre el tiempo de experiencia en UCI y la utilización de escalas para la medición del dolor en pacientes comunicativos y no comunicativos, $p=0,9$ y $p=0,7$ respectivamente. Tampoco se encontraron diferencias entre el sexo y la utilización de instrumentos de medida para el dolor $p= 0,1$ y $p= 0,2$ respectivamente.

CONCLUSIÓN

Se objetiva un incumplimiento de las estrategias de valoración y registro del dolor en nuestra unidad. Sería necesario concienciar de la necesidad de aplicar un abordaje de cuidado integral del paciente crítico que incluya una correcta valoración y abordaje del dolor.

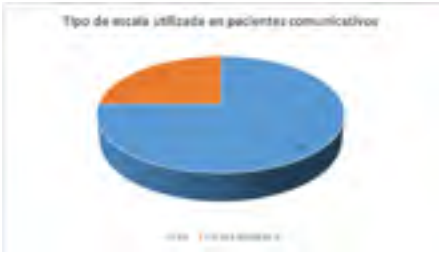


Gráfico 3





Gráfico 4



Gráfico 5

Resumen: *La capacidad para detectar y controlar el dolor y el sufrimiento de los pacientes es un principio importante y fundamental de todos los miembros de un Servicio de Medicina Intensiva. El objetivo fue evaluar las estrategias de valoración y registro del dolor en UCI, así como los instrumentos utilizados para dicha valoración en pacientes comunicativos y no comunicativos. Se objetiva un incumplimiento de las estrategias de valoración y registro del dolor en nuestra unidad. Sería necesario concienciar de la necesidad de aplicar un abordaje de cuidado integral del paciente crítico que incluya una correcta valoración y abordaje del dolor.*

Palabras Clave: *Valoración del dolor; unidad de cuidados intensivos; analgesia.*

Introducción

El dolor es frecuentemente infravalorado, y por tanto insuficientemente tratado en los pacientes críticos. La capacidad para detectar y controlar el dolor y el sufrimiento de los pacientes es un principio importante y fundamental de todos los miembros de un Servicio de Medicina Intensiva. La UCI sin dolor debería ser un objetivo de calidad asistencial de todos los Servicios de Medicina Intensiva. La escala visual analógica (EVA) y la escala verbal numérica (EVN) son las recomendadas para la evaluación del dolor del paciente consciente y la escala de Campbell o ESCID para el paciente con incapacidad para comunicarse.

Objetivo

Evaluar las estrategias de valoración y registro del dolor en una UCI, así como los instrumentos utilizados para dicha valoración en pacientes comunicativos y no comunicativos.

Metodología

Tipo de estudio y ámbito: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en una unidad de cuidados intensivos.

Población de estudio: La población de estudio estuvo formada por el personal de enfermería asignado a la unidad. No se realizó ningún tipo de muestreo ya que se ofreció la posibilidad de participar a todos los integrantes de la plantilla de enfermería.

Variables: Se elaboró un cuestionario "ad hoc" con variables sociodemográficas y variables que valoraban actitud y abordaje del dolor en el paciente crítico.

Análisis de datos: Las variables cuantitativas se expresan como media con su desviación estándar (DE). Las variables cualitativas se presentan como número total de eventos y porcentaje. La comparación entre variables cualitativas se ha hecho mediante el test de la ji al cuadrado. Las variables cuantitativas se compararon mediante el test no paramétrico de la U de Mann-Whitney. El nivel de significación se estableció en una $p < 0,05$.

Consideraciones éticas: Se solicitó la autorización a los participantes. El trabajo se elaboró respetando la legalidad vigente nacional e internacional en relación con la protección de datos. El equipo garantizó siempre la confidencialidad de todos los datos recopilados en el estudio y el anonimato de los mismos.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Resultados:

Se obtuvo una tasa de respuesta del 100 % (75 participantes). El 72 % (54) fueron mujeres. El 26,6 % (21) tiene una experiencia entre 10 y 15 años. Un 61,3 % (46) de los participantes no realiza valoraciones clínicas orientadas al dolor al ingreso del paciente en UCI. Aunque el 100% refiere tener en cuenta el dolor en los procedimientos habituales que realiza con el paciente, tan solo un 57,3 % (43) realiza evaluaciones periódicas del dolor durante su turno de trabajo.

El 73,3 % (55) no utiliza ninguna escala como instrumento objetivo para la valoración del dolor en pacientes que pueden comunicarse. En los pacientes que no pueden comunicarse tan solo un 14,75 (11) utilizan instrumentos para la valoración del dolor. La escala visual analógica (EVA) y la escala verbal numérica (EVN) son las escalas utilizadas para la evaluación del dolor del paciente consciente y la escala de Campbell y ESCID para el paciente con incapacidad para comunicarse. Solamente el 52 % (39) registra en la historia clínica del paciente la presencia e intensidad del dolor. Las principales barreras que los participantes indican que dificultan la implementación de una estrategia de valoración y registro del dolor son la falta de dominio de las escalas de medición del dolor y la falta de formación reglada en el manejo del dolor. No se encontraron diferencias entre el tiempo de experiencia en UCI y la utilización de escalas para la medición del dolor en pacientes comunicativos y no comunicativos, p=0,9 y p=0,7 respectivamente. Tampoco se encontraron diferencias entre el sexo y la utilización de instrumentos de medida para el dolor p= 0,1 y p= 0,2 respectivamente

Conclusiones

Se objetiva un incumplimiento de las estrategias de valoración y registro del dolor en nuestra unidad. Sería necesario concienciar de la necesidad de aplicar un abordaje de cuidado integral del paciente crítico que incluya una correcta valoración y abordaje del dolor.

Bibliografía

1. Pardo C, Muñoz T, Chamorro C. y Grupo de Trabajo de Analgesia y Sedación de la Semicyuc. Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la Semicyuc. Med Intensiva. 2008;32 Supl 1:38-44.
2. Valverde Careaga N, Rocha Luna JM. Manejo del dolor en el paciente bajo sedación leve-moderada y ventilación mecánica en el Servicio de Urgencias. Archivos de Medicina de Urgencia de México. 2011; 3(1):6-11.
3. Herr K, Coyne PJ, McCaffery M. Position Statement: Pain Assessment Without Self-Report. Pain Management Nursing 2011; 12(4):230-250.
4. Vázquez Calatayud M, Pardavila Belio MI, Maldonado ML. Pain assessment in turning procedures for patients with invasive mechanical ventilation. British Association of Critical Care Nurses 2011; 16(4):178-185.

Capítulo 113

Evaluación del paciente con CPAP en la GAI de Puertollano

Muñoz de la Nava Zamorano, Concepción

Extremera Medina, Carlos Joaquín

EVALUACION DEL PACIENTE CON CPAP EN LA GAI DE PUERTOLLANO.

Autores: Concepción Muñoz de la Nava Zamorano, Carlos Joaquín Extremera Medina.

INTRODUCCIÓN.

El síndrome de apnea e hipopnea obstructiva durante el sueño (SAHOS) es un trastorno caracterizado por repetidas interrupciones de la respiración debidas a obstrucción de la vía aérea superior. La prevalencia del SAHOS se calcula entre el 4%-5% en la población general y se asocia con incremento en el riesgo cardiovascular, de accidentes de tráfico e incremento en el uso de recursos sanitarios.

La terapia con presión positiva continua en la vía aérea (CPAP), reduce la somnolencia diurna, mejora el desempeño cognitivo, disminuye la activación simpática, la presión arterial y la mortalidad. Esos resultados dependen de una adecuada adherencia al tratamiento. La suspensión o el uso insuficiente de la CPAP pueden significar una recaída en los síntomas. Se estima que entre el 30 y el 60% de los pacientes no son adherentes al tratamiento con CPAP cuando son evaluados un año después de la indicación de la terapia

OBJETIVO.

Estimar la prevalencia y tipo de tratamiento con CPAP en nuestra Gerencia de Atención Integrada.

Evaluar la adherencia al tratamiento con terapia de presión positiva en la vía aérea



Figura 1

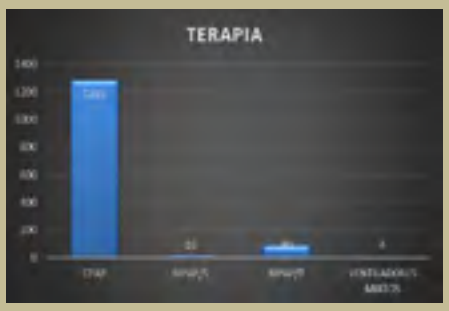


Figura 2



MATERIAL Y METODOS.

Tipo de estudio y ámbito:

Estudio observacional, descriptivo transversal tipo prevalencia de los pacientes en tratamiento con ventilación mecánica no invasiva (VMNI) de la Gerencia de Atención Integrada de Puertollano.

Población de estudio y variables medidas:

La población diana fueron los pacientes diagnosticados de síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) y síndrome de apnea-hipoapnea del sueño (SAHS) y pacientes con patologías neuromusculares. Las variables de estudio fueron: edad, sexo, tipo de ventilación, grado de cumplimiento de la terapia asignada. Se consideraron incumplidoras aquellas personas que según criterios de la SEPAR no cumplían un mínimo de 3 horas de tratamiento.

Análisis de datos:

Para la evaluación de los pacientes en tratamiento con VMNI se construyó una base de datos en Excel la cual fue analizada con el paquete estadístico SPSS versión 23.0. Se utilizó estadística descriptiva, frecuencias absolutas y porcentajes para las variables cualitativas. Se calculó la prevalencia de la terapia no invasiva.

Consideraciones éticas:

La evaluación de la información registrada en la base de datos de los pacientes con SAOS y SAHS se realizó bajo total confidencialidad, garantizando la protección de la privacidad de la persona participante en la investigación.

RESULTADOS.

1355 pacientes utilizaban tratamiento con VMNI lo que supone una prevalencia del 2,7% en nuestra zona de estudio. El 51,4% de los pacientes en tratamiento eran mujeres, figura 1. El tipo de terapia utilizada puede verse en la figura 2. La relación entre la edad y tipo de terapia puede verse en la figura 3,4 y 5. Cuatro pacientes con edades comprendidas entre los 40-70 años utilizaban ventilación mecánica con ventiladores mixtos por patología neuromuscular. Un total de 124 pacientes no llegaban a la adherencia mínima establecida para la mejoría de los síntomas, lo que supone una tasa de incumplimiento del 9,1%. Las causas de incumplimiento pueden verse en la figura 6.

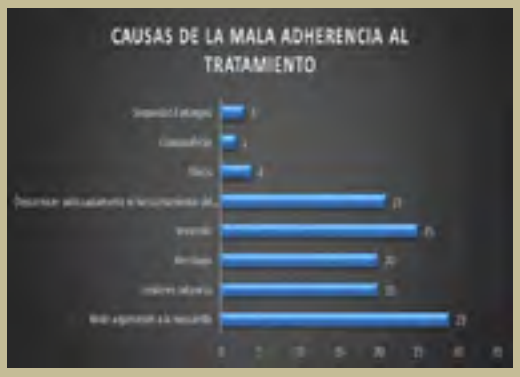


Figura 6

CONCLUSIÓN.

La prevalencia de SAOS y SAHS en nuestra zona, es similar a la aportada por la literatura reciente que la sitúa entre un 4-5% de la población. Los resultados obtenidos de adherencia al tratamiento con presión positiva continua, abren la puerta al planteamiento de programas de manejo de las causas que interfieren con el adecuado cumplimiento. El incrementar la adherencia al tratamiento tendrá impacto importante en la seguridad y calidad de vida de estos pacientes.



Figura 3



Figura 4

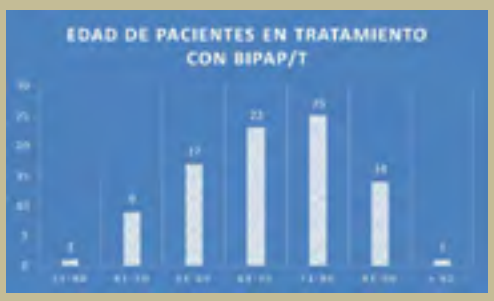


Figura 5



BIBLIOGRAFIA.

Décima T, Maldonado l, Bosio M, Salvado A, Campos J, Quadrelli S et al. Cumplimiento y abandono de la CPAP en pacientes con síndrome de apneas del sueño. Rev Am Med Respi 2013;4 : 1 97 -206.

Russo-Magno P, O'Brien A, Panciera T, Rounds S. Compliance with CPAP therapy in older men with obstructive sleep apnea. J Am Geriatr Soc. 2001; 49:1205-11.

Gay P, Weaver T, Loube D, Iber C. Evaluation of positive airway pressure treatment for sleep related breathing disorders in adults. Sleep 2006; 29: 381-401.

Resumen: *El SAHOs es un trastorno caracterizado por repetidas interrupciones de la respiración debidas a obstrucción de la vía aérea superior. La prevalencia del SAHOS se calcula entre el 4%-5 % en la población y se asocia con incremento en el riesgo cardiovascular, de accidentes de tráfico e incremento de recursos sanitarios.*

La terapia (CPAP), reduce la somnolencia diurna, mejora el desempeño cognitivo, presión arterial y mortalidad. Esos resultados dependen de una adecuada adherencia al tratamiento. La suspensión pueden significar una recaída en los síntomas. Entre el 30-60% de los pacientes no son adherentes al tratamiento cuando son evaluados un año después.

Palabras Clave: *Sahos; CPAP; VMNI.*

Introducción

El síndrome de apnea e hipopnea obstructiva durante el sueño (SAHOS) es un trastorno caracterizado por repetidas interrupciones de la respiración debidas a obstrucción de la vía aérea superior. La prevalencia del SAHOS se calcula entre el 4 %-5 % en la población general y se asocia con incremento en el riesgo cardiovascular, de accidentes de tráfico e incremento en el uso de recursos sanitarios.

La terapia con presión positiva continua en la vía aérea (CPAP), reduce la somnolencia diurna, mejora el desempeño cognitivo, disminuye la activación simpática, la presión arterial y la mortalidad. Esos resultados dependen de una adecuada adherencia al tratamiento. La suspensión o el uso insuficiente de la CPAP pueden significar una recaída en los síntomas. Se estima que entre el 30 y el 60 % de los pacientes no son adherentes al tratamiento con CPAP cuando son evaluados un año después de la indicación de la terapia

Objetivo

- Estimar la prevalencia y tipo de tratamiento con CPAP en nuestra Gerencia de Atención Integrada.
- Evaluar la adherencia al tratamiento con terapia de presión positiva en la vía aérea.

Material y métodos

Tipo de estudio y ámbito: Estudio observacional, descriptivo transversal tipo prevalencia de los pacientes en tratamiento con ventilación mecánica no invasiva (VMNI) de la Gerencia de Atención Integrada de Puertollano.

Población de estudio y variables medidas: La población diana fueron los pacientes diagnosticados de síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) y síndrome de apnea-hipoapnea del sueño (SAHS) y pacientes con patologías neuromusculares. Las variables de estudio fueron: edad, sexo, tipo de ventilación, grado de cumplimiento de la terapia asignada. Se consideraron incumplidoras aquellas personas que según criterios de la SEPAR no cumplían un mínimo de 3 horas de tratamiento.

Análisis de datos: Para la evaluación de los pacientes en tratamiento con VMNI se construyó una base de datos en Excel la cual fue analizada con el paquete estadístico SPSS versión 23.0. Se utilizó estadística descriptiva, frecuencias absolutas y porcentajes para las variables cualitativas. Se calculó la prevalencia de la terapia no invasiva.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Consideraciones éticas: La evaluación de la información registrada en la base de datos de los pacientes con SAOS y SAHS se realizó bajo total confidencialidad, garantizando la protección de la privacidad de la persona participante en la investigación.

Resultados

1355 Pacientes utilizaban tratamiento con VMNI lo que supone una prevalencia del 2,7 % en nuestra zona de estudio. El 51,4 % de los pacientes en tratamiento eran mujeres, figura 1. El tipo de terapia utilizada puede verse en la figura 2. La relación entre la edad y tipo de terapia puede verse en la figura 3,4 y 5. Cuatro pacientes con edades comprendidas entre los 40-70 años utilizaban ventilación mecánica con ventiladores mixtos por patología neuromuscular. Un total de 124 pacientes no llegaban a la adherencia mínima establecida para la mejoría de los síntomas, lo que supone una tasa de incumplimiento del 9,1 %. .

Conclusión

La prevalencia de SAOS y SAHS en nuestra zona, es similar a la aportada por la literatura reciente que la sitúa entre un 4-5 % de la población. Los resultados obtenidos de adherencia al tratamiento con presión positiva continua, abren la puerta al planteamiento de programas de manejo de las causas que interfieren con el adecuado cumplimiento. El incrementar la adherencia al tratamiento tendrá impacto importante en la seguridad y calidad de vida de estos pacientes

Bibliografía

1. Décima T, Maldonado l, Bosio M, Salvado A, Campos J, Quadrelli S et al. Cumplimiento y abandono de la CPAP en pacientes con síndrome de apneas del sueño. Rev Am Med Respi 2013;4 : 1 97 -206.
2. Russo-Magno P, O›Brien A, Panciera T, Rounds S. Compliance with CPAP therapy in older men with obstructive sleep apnea. J Am Geriatr Soc. 2001; 49:1205-11.
3. Gay P, Weaver T, Loube D, Iber C. Evaluation of positive airway pressure treatment for sleep related breathing disorders in adults. Sleep 2006; 29: 381-401.

Capítulo 114

Evolución fulminante de adenocarcinoma de unión esófago-gástrica con carcinomatosis meníngea

Muñoz Carrión, Silvia

Espinar Jiménez, Gloria

"EVOLUCIÓN FULMINANTE DE ADENOCARCINOMA DE UNIÓN ESÓFAGO – GÁSTRICA CON CARCINOMATOSIS MENÍNGEA"

Introducción

Varón de 62 años que ingresa para estudio por cuadro de sordera súbita bilateral, disfagia progresiva a sólidos y líquidos, inestabilidad de la marcha, mareo y síndrome constitucional de 8 kg de peso en un mes de evolución.

Observación Clínica

A la exploración destaca: caquexia, sordera bilateral, marcha insegura con aumento de base de sustentación.

Plan de Cuidados Enfermeros

ETIQUETA DIADNÓSTICA	FACTORES RELACIONADOS: ETIOLOGÍAS / CAUSAS	OBJETIVOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
00103 Deterioro de la Deglución	Anomalías de la vía aérea superior Obstrucción mecánica	1010 Estado de deglución 1011 Estado de deglución: fase esofágica 1012 Estado de deglución: fase oral 1918 Control de la aspiración	3160 Aspiración de las vías aéreas 3200 Precauciones para evitar la aspiración 5820 Disminución de la ansiedad
00085 Deterioro de la Movilidad física	Malestar o dolor Deterioro sensorioperceptivo Intolerancia a la actividad o disminución de la fuerza o resistencia	0200 Deambulación: caminata 0208 Nivel de movilidad 0300 Cuidados personales: actividades de la vida diaria 2102 Nivel del dolor	0200 Fomento del ejercicio 0221 Terapia de ejercicios: deambulación 1400 Manejo del dolor 1800 Ayuda al autocuidado
00051 Deterioro de la Comunicación verbal	Barreras físicas Alteración del sistema nervioso central	0902 Capacidad de comunicación 0903 Comunicación: capacidad expresiva 0904 Comunicación: capacidad receptiva	4920 Escucha activa 4974 Fomento de la comunicación: déficit auditivo 4976 Fomento de la comunicación: déficit del habla 5820 Disminución de la ansiedad
00153 Riesgo de baja autoestima situacional	Deterioro funcional Reducción del poder o control sobre el entorno	0906 Toma de decisiones 1205 Autoestima 1302 Superación de problemas 1305 Adaptación psicosocial: cambio de vida	4700 Reestructuración cognitiva 5400 Potenciación de la autoestima
00136 Duelo anticipado	Expresión de sufrimiento ante la pérdida potencial Resolución del duelo antes de producirse la pérdida	1302 Superación de problemas 1304 Resolución de la aflicción 2506 Salud emocional del cuidador familiar 2600 Superación de problemas de la familia	5230 Aumentar el afrontamiento 5260 Cuidados en la agonía 5290 Facilitar el duelo 7140 Apoyo a la familia

Resultados

Estudio LCR: Leucos 43, Glucosa 20, Proteínas 103.
Citología de punción lumbar: células malignas.
TAC tap (imagen de la derecha): Engrosamiento esófago distal que asocia adenopatías patológicas y múltiples adenopatías perivasculares retroperitoneales patológicas.
RMN cerebral: Normal.
Endoscopia: Lesión ulcerada en esófago distal que ocupa la mitad de la circunferencia de aspecto neoplásico que se biopsia.
Anatomía Patológica: Adenocarcinoma poco diferenciado.



Discusión

La carcinomatosis meníngea es una complicación rara, pero frecuentemente asociada a un cáncer en situación avanzada. Los tumores que más se asocian con esta entidad son: cáncer de mama, pulmón, melanoma, tumores cerebrales y tumores gástricos. Clínicamente suele presentarse con un deterioro neurológico progresivo y multifocal. Los síntomas pueden ser muy variables desde cefalea, náuseas y vómitos, déficit motor, déficit sensitivo…. Su diagnóstico se confirma por RMN cerebral o citología del líquido cefalorraquídeo que se caracteriza con hiperproteinorraquia y pleocitosis. El tratamiento varía en función de la situación clínica, pero se basa en corticoides a altas dosis, quimioterapia intratecal (Metrotrexate) y quimioterapia sistémica para el tumor primario, que en este caso fue 5 Fluorouracilo, leucovorin y oxaliplatino (FOLFOX) junto al control de síntomas.

Conclusiones

La carcinomatosis meníngea es una complicación grave en los pacientes neoplásicos que supone un mal pronóstico a corto plazo de semanas a pocos meses, por lo que hay que priorizar el control de síntomas y calidad de vida en los pacientes. En este caso el paciente tuvo una evolución tórpida con una supervivencia de un mes y medio.

Resumen: *Varón de 62 años que presenta cuadro de sordera súbita bilateral, disfagia progresiva, ataxia y síndrome constitucional. A la exploración destaca:caquexia y marcha insegura con aumento de la base de sustentación.*

Tras pruebas complementarias se objetiva neoplasia de esófago distal estenosante con resultado de adenocarcinoma poco diferenciado y células malignas en líquido cefalorraquídeo, por lo que es una enfermedad diseminada con carcinomatosis meníngea. Se inicia tratamiento con quimioterapia intratecal y quimioterapia intravenosa, pero el paciente presenta una evolución tórpida y fallece tras el primer ciclo.

Palabras Clave: *Trastornos de la deglución; sordera; ataxia.*

Introducción

Varón de 62 años que ingresa para estudio por cuadro de sordera súbita bilateral, disfagia progresiva a sólidos y líquidos, inestabilidad de la marcha, mareo y síndrome constitucional de 8 kg de peso en un mes de evolución.

Observación clínica

A la exploración destaca: caquexia, sordera bilateral, marcha insegura con aumento de base de sustentación.

Resultados

- Estudio LCR: Leucos 43, Glucosa 20, Proteínas 103.
- Citología de punción lumbar: células malignas.
- TAC tap (imagen de la derecha): Engrosamiento esófago distal que asocia adenopatías patológicas y múltiples adenopatías perivasculares retroperitoneales patológicas.
- RMN cerebral: Normal.
- Endoscopia: Lesión ulcerada en esófago distal que ocupa la mitad de la circunferencia de aspecto neoplásico que se biopsia.
- Anatomía Patológica: Adenocarcinoma poco diferenciado.

Discusión

La carcinomatosis meníngea es una complicación rara, pero frecuentemente asociada a un cáncer en situación avanzada. Los tumores que más se asocian con esta entidad son: cáncer de mama, pulmón, melanoma, tumores cerebrales y tumores gástricos. Clínicamente suele presentarse con un deterioro neurológico progresivo y multifocal. Los síntomas pueden ser muy variables desde cefalea, náuseas y vómitos, déficit motor, déficit sensitivo…. Su diagnóstico se confirma por RMN cerebral o citología del líquido cefalorraquídeo que se caracteriza con hiperproteinorraquia y pleocitosis. El tratamiento varía en función de la situación clínica, pero se basa en corticoides a altas dosis, quimioterapia intratecal (Metrotrexate) y quimioterapia sistémica para el tumor primario, que en este caso fue 5 Fluorouracilo, leucovorin y oxaliplatino (FOLFOX) junto al control de síntomas.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Conclusiones

La carcinomatosis meníngea es una complicación grave en los pacientes neoplásicos que supone un mal pronóstico a corto plazo de semanas a pocos meses, por lo que hay que priorizar el control de síntomas y calidad de vida en los pacientes. En este caso el paciente tuvo una evolución tórpida con una supervivencia de un mes y medio.

Bibliografía

1. Manterola, A et al: «Carcinomatosi Meníngea»,2005. Libro electrónico urgencias. Servicio Navarra de Salud.
2. Zamora, T.O et al: «Carcinomatosis meníngea, un desafío diagnóstico. Reporte de caso». 2018. Revista Facultad Ciencias de la Salud. Universidad del Cauca
3. Morales, A et al: «Carcinomatosis meníngea». Manual neurológico para el manejo integral del paciente. 2008. 281-288.

Capítulo 115

Existe relacion entre el consumo de cannabis y esquizofrenia

Octavio Sánchez, Ana Belén

Alcázar Panadero, Isabel

Caravaca Expósito, Noelia

EXISTE RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE CANNABIS Y LA QUIZOFRENIA

AUTORAS : OCTAVIO SANCHEZ ANA BELEN, ALCAZAR PANADERO ISABEL , CARAVACA EXPOSITO NOELIA

INTRODUCCIÓN

En España mas de 8,6 millones de personas (un 28,6% de la población entre 15 y 64 años) ha consumido marihuana o sus derivados en alguna ocasión.

El consumo de de cualquier sustancia ya sean bebidas alcohólicas, sean drogas blandas o drogas duras están consideradas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un grave problema de salud publica, causando serios problemas en los individuos, alterando las relaciones de equilibrio que mantiene el ser humano con su organismo y medio ambiente.

En la relación entre psicosis y consumo de cannabis se puede afirmar que existen una serie de aspectos sobre los que se dispone de bastante evidencia que los sustentan como:

El elevado porcentaje de esquizofrenicos que consumen cannabis.

El consumo de cannabis incrementa los síntomas psicóticos. Este consumo produce psicosis inducida

El cannabis incrementa los síntomas positivos de la esquizofrenia

Su consumo aumenta el riesgo de recaída e ingresos por psicosis

Las revisiones de los últimos años apuntan a un mayor riesgo de diversos trastornos mentales entre los consumidores de cannabis. Estos riesgos están asociados a la menor edad de inicio de consumo, la mayor frecuencia del mismo o a ciertas predisposiciones personales.

.

MATERIAL Y METODO

Se ha realizado una revisión bibliográfica de diferentes artículos científicos y diferentes trabajos encontrados. Los métodos de búsqueda ha sido a través de sistemas como Pubmed, Crohane, Medlineplus, Scielo y diferentes trabajos y articulos.

Palabras Clave : Sustancias psicoactivas , dependencia , drogas , problemas mentales, esquizofrenia, cannabis

¿EL CONSUMO DE CANNABIS ES UN FACTOR DE RIESGO?

Para intentar responder a esta pregunta hay que revisar los criterios de casualidad descritos por Bradfor-Hill :

Cuanto mayor es la asociación de una enfermedad con un factor de riesgo, mayor es la posibilidad de que la relación sea causal.

Secuencia temporal. El factor de riesgo debe preceder al comienzo de la enfermedad.

Efecto dosis-respuesta. La observación de que la frecuencia de enfermedad se incrementa con la dosis, tiempo y nivel de exposición.

Valora que los resultados de la asociación sean constante y se repitan en todos los estudios.

Coherencia. Valora si la relación tiene sentido en el contexto de los conocimientos del momento

Especifidad. Valora si el factor que estamos estudiando esta asociado solo con una enfermedad

- Evidencia experimental . La demostración experimental es la prueba causal por excelencia. Pero en muchos casos no se puede realizar por cuestiones éticas



¿EL CONSUMO DE CANNABIS ADELANTA LA EDAD DE INICIO DE LA ESQUIZOFRENIA?

Los datos son bastante controvertidos, fundamentalmente por la dificultad en identificar la edad de inicio de la esquizofrenia ya que la mayoría de los estudios que lo han investigado suelen ser retrospectivos

El consumo adelanta el inicio de la psicosis en individuos que la desarrollarían mas tarde. El cannabis induce esquizofrenia en sujetos que no la desarrollarían sin el consumo.

Los datos sugerentes de una edad de inicio mas precoz de la esquizofrenia en consumidores pero no es consisitente entre todos los estudios.





CONCLUSIONES

Después de leer todas las revisiones si parece existir un riesgo para la salud mental para las consumidores habituales con cierta vulnerabilidad o predisposición en quienes el consumo incrementa significativamente los riesgos de presentar trastornos mentales especialmente psicoticos. A menos edad de inicio y mayor cantidad de droga consumida, mayor es la probabilidad de presentar daños. De cualquier forma, aunque solo una minoría de pacientes consumidores manifieste psicosis y aunque el consumo solo realice una pequeña contribución como factor de riesgo de la esquizofrenia, dada la gravedad de esta hay que incidir en las medidas preventivas sobre su consumo especialmente en la población vulnerable que son especialmente los adolescentes y consumidores de dosis elevadas.

- Según algunos estudios respaldan la idea de que existe una relación entre el consumo de estas drogas y la vulnerabilidad psicológica a la esquizofrenia.

La presencia de patología dual es muy elevada en adictos en tratamiento que tienen dependencia de cannabis y dicho consumo, posiblemente en el contexto de un patrón de policonsumo, se asocia con trastornos mentales graves. Una edad de inicio más precoz en el consumo de cannabis se asocia con mas riesgo de presentar dichos trastornos mentales.

BIBLIOGRAFIA

http://asaenec.org/consumo-de-drogras-y-enfermedad-mental/

https://www.fundacion-canna.es/principales-efectos-secundarios-del-consumo-de-cannabis

https://www.unioviedo.es/psiquiatria/wp-content/uploads/2017/03/2011_Fernandez-Artamendi_Cannabis-SPA.pdf

Arias, F., Sanchez, S. y Padin, J.J (2002b) Consumo de drogas y riesgo de recaida en la esquizofrenia. Psiquiatria Biológica, 9,63-67

Caspari, D. (1999) Cannabis and schizophrenia: results of a follow-up study. European Archives or Psychiatry and Clinical NEUROSCIENCES, 249 , 45-49

Resumen: *El consumo de cannabis es altamente prevalente entre los jóvenes, existiendo controversia sobre los riesgos psicosociales de dicho consumo. De estos riesgos hay que destacar la posibilidad de que el cannabis sea un factor de riesgo de una enfermedad tan grave e incapacitante como la esquizofrenia. Sobre este tema ha surgido recientemente una avalancha de información que hemos de revisar.*

Palabras Clave: *Sustancias psicoactivas; esquizofrenia; cannabis.*

Introducción

En España más de 8,6 millones de personas (un 28,6 % de la población entre 15 y 64 años) ha consumido marihuana o sus derivados en alguna ocasión.

El consumo de de cualquier sustancia ya sean bebidas alcohólicas, sean drogas blandas o drogas duras están consideradas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un grave problema de salud pública, causando serios problemas en los individuos, alterando las relaciones de equilibrio que mantiene el ser humano con su organismo y medio ambiente.

En la relación entre psicosis y consumo de cannabis se puede afirmar que existen una serie de aspectos sobre los que se dispone de bastante evidencia que los sustentan como:

- El elevado porcentaje de esquizofrenicos que consumen cannabis.
- El consumo de cannabis incrementa los síntomas psicóticos. Este consumo produce psicosis inducida
- El cannabis incrementa los síntomas positivos de la esquizofrenia
- Su consumo aumenta el riesgo de recaída e ingresos por psicosis.

Objetivos

Las revisiones de los últimos años apuntan a un mayor riesgo de diversos trastornos mentales entre los consumidores de cannabis. Estos riesgos están asociados a la menor edad de inicio de consumo, la mayor frecuencia del mismo o a ciertas predisposiciones personales.

Material y métodos

¿El consumo de cannabis es un factor de riesgo?

Para intentar responder a esta pregunta hay que revisar los criterios de casualidad descritos por Bradfor-Hill :

- Cuanto mayor es la asociación de una enfermedad con un factor de riesgo, mayor es la posibilidad de que la relación sea causal.
- Secuencia temporal. El factor de riesgo debe preceder al comienzo de la enfermedad.
- Efecto dosis-respuesta. La observación de que la frecuencia de enfermedad se incrementa con la dosis, tiempo y nivel de exposición.

ISBN: 978-84-949197-6-3

- Valora que los resultados de la asociación sean constante y se repitan en todos los estudios.
- Coherencia. Valora si la relación tiene sentido en el contexto de los conocimientos del momento
- Especifidad. Valora si el factor que estamos estudiando esta asociado solo con una enfermedad
- Evidencia experimental. La demostración experimental es la prueba causal por excelencia. Pero en muchos casos no se puede realizar por cuestiones éticas

¿El consumo de cannabis adelanta la edad de inicio de la esquizofrenia?

Los datos son bastante controvertidos, fundamentalmente por la dificultad en identificar la edad de inicio de la esquizofrenia ya que la mayoría de los estudios que lo han investigado suelen ser retrospectivos.

El consumo adelanta el inicio de la psicosis en individuos que la desarrollarían mas tarde. El cannabis induce esquizofrenia en sujetos que no la desarrollarían sin el consumo.

Los datos sugerentes de una edad de inicio mas precoz de la esquizofrenia en consumidores pero no es consisitente entre todos los estudios.

Conclusiones

Después de leer todas las revisiones si parece existir un riesgo para la salud mental para las consumidores habituales con cierta vulnerabilidad o predisposición en quienes el consumo incrementa significativamente los riesgos de presentar trastornos mentales especialmente psicoticos. A menos edad de inicio y mayor cantidad de droga consumida, mayor es la probabilidad de presentar daños. De cualquier forma, aunque solo una minoría de pacientes consumidores manifieste psicosis y aunque el consumo solo realice una pequeña contribución como factor de riesgo de la esquizofrenia, dada la gravedad de esta hay que incidir en las medidas preventivas sobre su consumo especialmente en la población vulnerable que son especialmente los adolescentes y consumidores de dosis elevadas.

Según algunos estudios respaldan la idea de que existe una relación entre el consumo de estas drogas y la vulnerabilidad psicológica a la esquizofrenia.

La presencia de patología dual es muy elevada en adictos en tratamiento que tienen dependencia de cannabis y dicho consumo, posiblemente en el contexto de un patrón de policonsumo, se asocia con trastornos mentales graves. Una edad de inicio más precoz en el consumo de cannabis se asocia con mas riesgo de presentar dichos trastornos mentales.

Bibliografía:

1. Arias, F., Sánchez, S. y Padin, J.J (2002b). Consumo de drogas y riesgo de recaida en la esquizofrenia. Psiquiatria Biológica, 9,63-67.
2. Caspari, D. (1999) Cannabis and schizophrenia: results of a follow-up study. European Archives or Psychiatry and Clinical Neurosciences, 249, 45-49.
3. http://asaenec.org/consumo-de-drogras-y-enfermedad-mental/.

Capítulo 116

Existencia de patología vocal en el profesorado

Polo Camacho, Jesús Antonio

Paulero López, Noelia

EXISTENCIA DE PATOLOGÍA VOCAL EN EL PROFESORADO

INTRODUCCIÓN
Disfonías

DISFONIAS ORGÁNICAS
Lesiones en los órganos de la fonación debidas a causas congénitas (lesiones cerebrales, malformaciones, parálisis, factores endocrinos), inflamatorias (laringitis aguda y crónica) y traumáticas (lesiones por heridas, quemaduras, radioterapias, intervenciones quirúrgicas).

DISFONIAS FUNCIONALES
No hay presencia de alteración o lesión observable. El examen laringoestroboscópico es normal pero las cualidades acústicas de la voz están alteradas.

Etiologia: Mal uso vocal, abuso vocal, mala higiene vocal.

Clasificación de Mara Belhau- Pontes:
- Disfonías funcionales primarias: Uso inadecuado de la voz.
-Disfonías funcionales secundarias: Inadaptaciones vocales anatómicas o funcionales.
-Disfonías funcionales psicógenas: Producidas por factores psicológicos.

DISFONIAS ORGÁNICO-FUNCIONALES:
Disfonías funcionales diagnosticadas tarde, por retraso del paciente en acudir al médico o porque las exploraciones de O.R.L no hayan detectado la posibilidad de que se produjera una lesión orgánica-funcional con etiopatogenia en la disfonía funcional.

Clasificación: Nódulos, Pólipos, Edema de Reinke, Quistes, Granuloma de contacto.

OBJETIVOS

- Conocer la existencia de patología vocal en el profesorado.

- Identificar síntomas de patología vocal en docentes.

- Conocer la existencia de hábitos inadecuados para prevenir patología vocal, reduciendo el gasto sociosanitario.

MATERIAL Y MÉTODOS

-Estudio descriptivo transversal.

-Muestra del estudio: 40 docentes de la provincia de Ciudad Real, laboralmente en activo con edades comprendidas entre 30 y 60 años. Elegidas de forma aleatoria.

-Técnica de recolección de datos: Observación indirecta mediante dos cuestionarios con tres alternativas de respuesta:

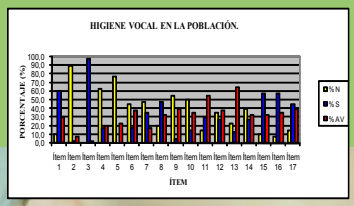
CUESTIONARIO SINTOMATOLOGÍA

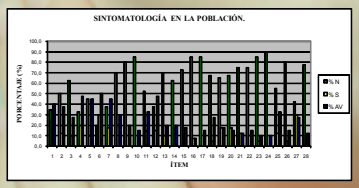


CUESTIONARIO HIGIENE VOCAL









RESULTADOS

-Más de la mitad de los/as profesores/as estudiados tienen o han tenido alguna vez problemas de voz (67,5%). Siendo mas frecuente en infantil que primaria (infantil 81,8%; primaria 62,7%).

-Existe más probabilidad de padecer patología vocal si se es mujer. (73,3 profesoras y 50% profesores).

-Hábitos de higiene vocal:

▶Profesoras de infantil y de primaria con patología necesitan mejorar y/o tomar conciencia de sus hábitos vocales y mejorarlos. No obstante, las profesoras de primaria mantienen mejores hábitos que las profesoras de infantil

▶Las profesoras de primaría e infantil sin patología tienen una higiene vocal solamente aceptable, ligeramente mejor las de infantil.

▶Los profesores presentan mejores hábitos de higiene que las profesoras.

-Sintomatología:

▶Voz cansada y sequedad o aspereza en la garganta son los síntomas más frecuentes (30%).

▶Las profesoras de infantil presentan mayor sintomatología de forma habitual que las profesoras de primaria, aunque éstas con porcentajes mas altos.

▶Las profesoras con patología como las sin patología presentan unos síntomas importantes.

▶Los síntomas más frecuentes son: carraspeo, sequedad o aspereza de garganta, tos frecuente, picor e irritación de laringe, tensión en el cuello, mucosidad abundante y voz cansada al final de semana.

Los datos del estudio coinciden con los resultados de Ignacio Cobeta (jefe de servicio de ORL del Hospital Ramón y Cajal de Madrid): las mujeres padecen más la disfonía entre los profesores, un 38% frente a un 26%; las alteraciones vocales en los profesores varían según el grado que enseñan: 36% en parvulario, 25% en primaria y 20% en secundaria", ha indicado Ignacio Cobeta.

CONCLUSIONES

Ser profesor y mujer supone un gran riesgo de padecer patologia vocal.
Mayor porcentaje de sujetos que han tenido problemas entre los profesores de infantil (81,82%) que primaria (62, 07%).

Los profesores con patología vocal tienen peores hábitos de higiene vocal que los que no la tienen.
Tanto las profesoras con patología como las sin patología presentan una sintomatología importante, bien de forma permanente o de forma esporádica.

Cada vez es más frecuente encontrar patologías vocales entre el profesorado, lo que hace necesario una prevención en este colectivo mediante charlas de concienciación y formaciones en educación y técnica vocal.

Resumen: *Existe una gran parte de la población docente que presenta o ha presentado, a lo largo de su vida profesional, problemas de voz ocasionados por el sobreesfuerzo vocal que realizan al impartir clases. Según el estudio existe una gran predisposición a ser profesores y padecer patología vocal que aumenta si además se es mujer y profesora de infantil. Los entrevistados manifiestan que es necesaria una formación vocal porque les preocupa el cuidado de su herramienta de trabajo a la vez que están muy interesados en participar en cursos de prevención de voz, el problema radica que no existe dicha formación.*

Palabras Clave: *Disfonías; prevención; síntomas.*

Introducción

Tipos de disfonías:

Disfonías orgánicas: Lesiones en los órganos de la fonación debidas a causas congénitas (lesiones cerebrales, malformaciones, parálisis, factores endocrinos), inflamatorias (laringitis aguda y crónica) y traumáticas (lesiones por heridas, quemaduras, radioterapias, intervenciones quirúrgicas).

Disfonías funcionales: No hay presencia de alteración o lesión observable. El examen laringoestroboscópico es normal pero las cualidades acústicas de la voz están alteradas. Etiología: Mal uso vocal, abuso vocal, mala higiene vocal. Clasificación de Mara Belhau- Pontes: - Disfonías funcionales primarias: Uso inadecuado de la voz. -Disfonías funcionales secundarias: Inadaptaciones vocales anatómicas o funcionales. -Disfonías funcionales psicógenas: Producidas por factores psicológicos.

Disfonías orgánico funcionales: Disfonías funcionales diagnosticadas tarde, por retraso del paciente en acudir al médico o porque las exploraciones de O.R.L no hayan detectado la posibilidad de que se produjera una lesión orgánica funcional con etiopatogenia en la disfonía funcional. Clasificación: Nódulos, pólipos, edema de Reinke, quistes, granuloma de contacto.

Objetivos

- Conocer la existencia de patología vocal en el profesorado.
- Identificar síntomas de patología vocal en docentes.
- Conocer la existencia de hábitos inadecuados para prevenir patología vocal, reduciendo el gasto sociosanitario.

Material y métodos

- Estudio descriptivo transversal.
- Muestra del estudio: 40 docentes de la provincia de Ciudad Real, laboralmente en activo con edades comprendidas entre 30 y 60 años. Elegidas de forma aleatoria.
- Técnica de recolección de datos: Observación indirecta mediante dos cuestionarios con tres alternativas de respuesta

Resultados

- Más de la mitad de los/as profesores/as estudiados tienen o han tenido alguna vez problemas de voz (67,5 %). Siendo más frecuente en infantil que primaria (infantil 81,8 %; primaria 62,7 %).

ISBN: 978-84-949197-6-3

- Existe más probabilidad de padecer patología vocal si se es mujer (73,3 profesoras y 50% profesores).
- Hábitos de higiene vocal:
  - » Profesoras de infantil y de primaria con patología necesitan mejorar y/o tomar conciencia de sus hábitos vocales y mejorarlos. No obstante, las profesoras de primaria mantienen mejores hábitos que las profesoras de infantil
  - » Las profesoras de primaría e infantil sin patología tienen una higiene vocal solamente aceptable, ligeramente mejor las de infantil.
  - » Los profesores presentan mejores hábitos de higiene que las profesoras.
- Sintomatología:
  - » Voz cansada y sequedad o aspereza en la garganta son los síntomas más frecuentes (30 %).
  - » Las profesoras de infantil presentan mayor sintomatología de forma habitual que las profesoras de primaria, aunque éstas con porcentajes más altos.
  - » Las profesoras con patología como las sin patología presentan unos síntomas importantes.
  - » Los síntomas más frecuentes son: carraspeo, sequedad o aspereza de garganta, tos frecuente, picor e irritación de laringe, tensión en el cuello, mucosidad abundante y voz cansada al final de semana.

Los datos del estudio coinciden con los resultados de Ignacio Cobeta (jefe de servicio de ORL del Hospital Ramón y Cajal de Madrid): "Las mujeres padecen más la disfonía entre los profesores, un 38 % frente a un 26 %; las alteraciones vocales en los profesores varían según el grado que enseñan: 36 % en parvulario, 25 % en primaria y 20 % en secundaria", ha indicado Ignacio Cobeta.

Conclusiones

- Ser profesor y mujer supone un gran riesgo de padecer patología vocal. Mayor porcentaje de sujetos que han tenido problemas entre los profesores de infantil (81,82 %) que primaria (62, 07 %).
- Los profesores con patología vocal tienen peores hábitos de higiene vocal que los que no la tienen. Tanto las profesoras con patología como las sin patología presentan una sintomatología importante, bien de forma permanente o de forma esporádica.
- Cada vez es más frecuente encontrar patologías vocales entre el profesorado, lo que hace necesario una prevención en este colectivo mediante charlas de concienciación y formaciones en educación y técnica vocal.

Bibliografía

1. Cobeta Marco Ignacio, Núñez Batalla Faustina, Fernández González Secundino: Patología de la Voz. Marge Médica Books. 2013 1ª Edición.
2. Le Huche Francois, Allali André: La voz. Tomo 2. Patología vocal: Semiología y disfonías disfuncionales. Masson. Barcelona. 2004. 2ª ed.
3. Le Huche Francois, Allali André: La voz. Tomo 3. Patología vocal de origen orgánico. Masson. Barcelona. 2004. 1ª ed.
4. López- Táppero: Disfonías profesionales. Ed. Revista Española de Foniatría. Vol.1, nº 2, 1988.

Capítulo 117

Factores de influencia en la vacunación frente a meningitis B en una zona básica de salud rural

De la Torre Felguera, Inmaculada

Carpio Acedo, Elene

Gutierrez Pérez, Sagrario

Samperio Montejano, Aurora

Rodríguez Martín, Lorenzo Javier

Loro Rodríguez, Miguel

FACTORES DE INFLUENCIA EN LA VACUNACIÓN FRENTE A MENINGITIS B EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD RURAL

De la Torre Felguera, Inmaculada; Carpio Acedo, Elena; Gutiérrez Pérez, Sagrario; Samperio Montejano, Aurora ; Rodríguez Martín L. Javier; Loro Rodríguez, Miguel. DUEs E.A.P. PORZUNA (Ciudad ¨Real)

ANTECEDENTES Y OBJETIVO

Desde que en mayo de 2015 se anunciara la libre dispensación en farmacia de la vacuna frente a Neisseria Meningitidis tipo B, principal causante de la enfermedad meningocócica en lactantes y adolescentes, han sido muchas las informaciones enfrentadas respecto a la conveniencia o no de su universalización e incorporación al calendario de vacunación infantil, teniendo en cuenta la incidencia de la patología, que en nuestro país es de 0,9/100.000 y su coste beneficio. En España, el Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría, recomienda el uso de la vacuna para todos los mayores de 2 meses, ratificado en su calendario de 2017, con 4 dosis a los 2, 4, 6 y 12-15 meses, dato de seguimiento muy variable en la comparación del territorio nacional y entre Unidades Básicas Asistenciales (UBAs). En nuestra Zona Básica de Salud, la cobertura y demanda de administración ha ido variando en el tiempo, lo que nos ha llevado a plantearnos el siguiente

Objetivo: Conocer el grado de cobertura y perfil de población, así como los condicionantes de administración, variabilidad de dosificación y factores de influencia en los criterios de vacunación Antimeningocócica tipo B, en una Zona básica de Salud Rural.

MÉTODO

Estudio descriptivo transversal realizado en febrero de 2018, mediante revisión individualizada de las historias clínicas registradas en la herramienta informática Turriano, de población incluida en el programa de seguimiento de niño sano de la Zona Básica de Salud de Porzuna, incluyendo para su evaluación todas las historias clínicas activas de ambos sexos, de nacidos entre el 01 de enero de 2004 y el 31 de diciembre de 2018 y que permanecen asignados a cualquiera de las Unidades Básicas Asistenciales. Como criterio de exclusión se concretaron la asignación temporal de cupo médico-enfermeria, así como el desplazamiento definitivo a otra Zona Básica. Se evaluaron la adhesión de la información sobre recomendaciones de recibir la vacuna.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa Excell para estadística descriptiva y la prueba chi-cuadrado para estudiar el grado de asociación entre valores

RESULTADOS

El estudio se centró sobre una población de 649 historias clínicas, obteniendo una población de estudio de 611, de los cuales eran 271 mujeres y 336 hombres, con una edad media cercana a los ocho años.

El estudio no aportó diferencias significativas entre las distintas UBAs de nuestra Zona Básica de Salud (ZBS) en cuanto a la frecuencia de administración de la vacunación Antimeningocócica B, y su denominación comercial superando ligeramente el 10% de la población estudiada (62 vacunaciones), ni en cuanto al seguimiento del programa de salud infantil que es del 88%; así como en la correcta adherencia al calendario oficial de vacunación de Castilla-La Mancha, que era correcto en el 89% de los estudiados. Quedando constancia en tan sólo el 1,30% el rechazo global a cualquier tipo de vacunación.

Gráfico 1. Nº dosis administradas



Gráfico 2. Información vacuna

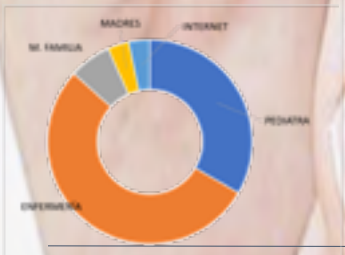


Gráfico 3. Otras vacunas sin financiación

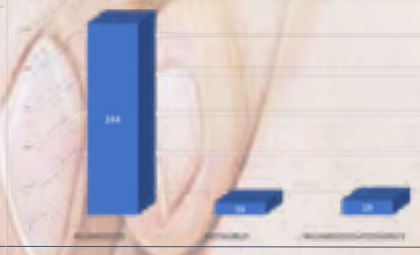


Gráfico 4. Distribución UBAs

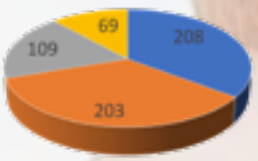
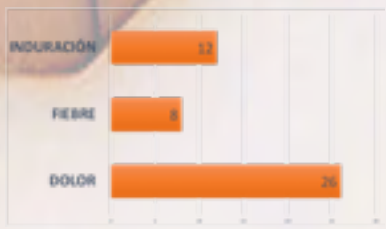


Gráfico 5. Efectos adversos



Por el contrario se ha encontrado diferencia significativa p<0.005 en lo referido al momento temporal de administración, relacionándose esta directamente con el criterio de prescripción del médico pediatra responsable del seguimiento del programa de niño sano.

Del mismo modo encontramos diferencia estadística respecto a los vacunados de forma voluntaria con otras vacunas sin financiación pública (gráfico 5), encontrando en este grupo mayor vacunación frente a meningitis B.

Respecto al consejo de administración de paracetamol según prospecto del producto comercial, sólo en el 2,66% de los vacunados quedaba constancia escrita de esta indicación farmacológica y su posología por parte del profesional de enfermería.

Así mismo a la hora de la solicitud de información referida a la conveniencia o no de la administración, efectos secundarios y pauta de administración, son los profesionales de enfermería junto al médico pediatra, los más demandados.

Es de destacar que en tan sólo un caso la indicación de la vacuna estaba relacionada con otras patologías asociadas tipo inmunosupresión, siendo en el resto de los casos voluntad de los padres la administración de la misma

CONCLUSIONES

El presente estudio muestra un grado de implantación de la vacunación Antimeningocócica B, similar al del resto del territorio nacional. Se desprende la necesidad de determinación clara y consenso global sobre la conveniencia de vacunación que evite variabilidad de administración según criterio de los profesionales, que posibilite un marco de protección y cobertura legal al desarrollo de la actividad de enfermería. Así mismo la implementación del marco legislativo de prescripción enfermera, que permita la indicación de los fármacos aconsejados y asociados a la vacunación. Valoramos positivamente la confianza en el consejo proveniente de los profesionales de enfermería, siendo los más demandados respecto a la información sobre la conveniencia de la misma. El presente estudio no ha tenido en cuenta factores socioeconómicos que pueden suponer una importante carga para la economía de muchas familias, y condicionar la decisión de vacunación.

Resumen: *El objetivo de nuestro estudio es conocer el grado de cobertura y perfil de población, así como los condicionantes de administración, variabilidad de dosificación y factores de influencia en los criterios de vacunación Antimeningocócica tipo B en una Zona básica de Salud Rural.*

El estudio muestra un grado de implantación de la vacunación Antimeningocócica B similar al del resto del territorio nacional. Se desprende la necesidad de determinación clara y consenso global sobre la conveniencia de vacunación que evite variabilidad de administración según criterio de los profesionales sanitarios.

Palabras Clave: *Meningitis; salud; vacunación.*

Antecedentes

Desde que en mayo de 2015 se anunciara la libre dispensación en farmacia de la vacuna frente a Neisseria Meningitidis tipo B, principal causante de la enfermedad meningocócica en lactantes y adolescentes, han sido muchas las informaciones enfrentadas respecto a la conveniencia o no de su universalización e incorporación al calendario de vacunación infantil, teniendo en cuenta la incidencia de la patología, que en nuestro país es de 0,9/100.000 y su coste beneficio. En España, el Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría, recomienda el uso de la vacuna para todos los mayores de 2 meses, ratificado en su calendario de 2017, con 4 dosis a los 2, 4, 6 y 12-15 meses, dato de seguimiento muy variable en la comparación del territorio nacional y entre Unidades Básicas Asistenciales. En nuestra Zona Básica de Salud, la cobertura y demanda de administración ha ido variando en el tiempo, lo que nos ha llevado a plantearnos el siguiente objetivo.

Objetivo

Conocer el grado de cobertura y perfil de población, así como los condicionantes de administración, variabilidad de dosificación y factores de influencia en los criterios de vacunación Antimeningococica tipo B en una zona básica de salud rural

Método

Estudio descriptivo transversal realizado en febrero de 2018, mediante revisión individualizada de las historias clínicas registradas en la herramienta informática Turriano, de población incluida en el programa de seguimiento de niño sano de la Zona Básica de Salud de Porzuna, incluyendo para su evaluación todas las historias clínicas activas de ambos sexos, de nacidos entre el 01 de enero de 2004 y el 31 de diciembre de 2018 y que permanecen asignados a cualquiera de las Unidades Básicas Asistenciales. Como criterio de exclusión se concretaron la asignación temporal de cupo médico-enfermeria, así como el desplazamiento definitivo a otra Zona Básica. Se evaluaron la adhesión de la información sobre recomendaciones de recibir la vacuna.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa Excell para estadística descriptiva y la prueba chi-cuadrado para estudiar el grado de asociación entre valores.

Por el contrario se ha encontrado diferencia significativa $p < 0.005$ en lo referido al momento temporal de administración, relacionándose esta directamente con el criterio de prescripción del médico pediatra responsable del seguimiento del programa de niño sano.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Respecto al consejo de administración de paracetamol según prospecto del producto comercial, sólo en el 2,66% de los vacunados quedaba constancia escrita de esta indicación farmacológica y su posología por parte del profesional de enfermería.

Así mismo a la hora de la solicitud de información referida a la conveniencia o no de la administración, efectos secundarios y pauta de administración, son los profesionales de enfermería junto al médico pediatra, los más demandados.

Es de destacar que en tan sólo un caso la indicación de la vacuna estaba relacionada con otras patologías asociadas tipo inmunosupresión, siendo en el resto de los casos voluntad de los padres la administración de la vacuna

Resultados

El estudio se centró sobre una población de 649 historias clínicas, obteniendo una población de estudio de 611, de los cuales eran 271 mujeres y 336 hombres, con una edad media cercana a los ocho años.

El estudio no aportó diferencias significativas entre las distintas Unidades Basicas Asistenciales de nuestra Zona Básica de Salud en cuanto a la frecuencia de administración de la vacunación Antimeningocócica B, y su denominación comercial superando ligeramente el 10% de la población estudiada (62 vacunaciones), ni en cuanto al seguimiento del programa de salud infantil que es del 88%; así como en la correcta adherencia al calendario oficial de vacunación de Castilla-La Mancha, que era correcto en el 89% de los estudiados. Quedando constancia en tan sólo el 1,30% el rechazo global a cualquier tipo de vacunación.

Conclusiones

El presente estudio muestra un grado de implantación de la vacunación Antimeningocócica B, similar al del resto del territorio nacional. Se desprende la necesidad de determinación clara y consenso global sobre la conveniencia de vacunación que evite variabilidad de administración según criterio de los profesionales, que posibilite un marco de protección y cobertura legal al desarrollo de la actividad de enfermería. Así mismo la implementación del marco legislativo de prescripción enfermera, que permita la indicación de los fármacos aconsejados y asociados a la vacunación. Valoramos positivamente la confianza en el consejo proveniente de los profesionales de enfermería, siendo los más demandados respecto a la información sobre la conveniencia de la misma. El presente estudio no ha tenido en cuenta factores socioeconómicos que pueden suponer una importante carga para la economía de muchas familias, y condicionar la decisión de vacunación.

Bibliografía

1. Pedro Gabriel Martín Villamor, Jose María Soto Esteban. Anatomo-Fisiología II. Barcelona. Masson. 2004
2. Cuidados enfermeros en Atención Primaria y Especializada. Madrid. Fuden. 2007
3. Medicina Interna. Inmunología. Barcelona. Masson. 2001.

Capítulo 118

Factores motivadores de consumo de alcohol en la adolescencia

Céspedes Valero, María Ester

Cortecero Sanz, María Cristina

Rabadán Arévalo, Marta

Barrios Rubio, Laura

FACTORES MOTIVADORES DE CONSUMO DE ALCOHOL EN LA ADOLESCENCIA

SATSE

I. INTRODUCCIÓN

El alcohol se ha convertido en una sustancia **ampliamente** utilizada y **socialmente** aceptada en nuestra vida. A partir de los **años 90** es cuando apareció el ritual grupal denominado **" botellón"** y es cuando esta sustancia psicoactiva se extiende notablemente entre los jóvenes**.** Determinar cuando el alcohol supone un problema para el adolescente es complejo pues las alteraciones físicas y psicosociales se manifiestan **a largo plazo.**



II. OBJETIVO

Analizar las motivaciones y los factores relacionados con el consumo juvenil de alcohol teniendo en consideración el lugar en el que se desarrollan dichas conductas.

III. MATERIAL Y MÉTODOS

- El estudio realizado es un estudio **descriptivo transversal.**
- Mediante un muestreo aleatorio se seleccionaron a ***74 adolescentes***, que constituye una muestra representativa de la población a estudio.
- Los criterios de inclusión son:
  - Adolescentes entre 14- 16 años.
  - Residentes de la provincia de Ciudad Real.
- Se **recurre al cuestionario "Escala de actitudes y hábitos de consumo de alcohol"** que se encuentra en formato tipo Linkert con el que investigamos variables relacionadas con las actividades de ocio, percepción de la gravedad asociada al consumo de alcohol, análisis de las actitudes, entre otros.
- Una vez reunidos todos los cuestionarios utilizamos **el paquete informático SPSS** para procesar la información y previamente introducimos las respuestas en una base de datos. Las variables utilizadas son variables cuantitativas que las mostramos en forma de frecuencias y porcentajes.
- Los adolescentes que participaron en el estudio lo hicieron de forma anónima.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

- Concretamente **49** individuos son mujeres **(66.2%)** y **25** individuos son varones **(33.8%).**
- Las edades comprendidas son ***14-16 años.*** La edad media se sitúa en ***14.8*** y la desviación típica en ***0.715.***

Motivadores del primer consumo .

	NUNCA		POCAS VECES		BASTANTE		MUCHAS VECES		CASI SIEMPRE	
	% (n)	N	% (n)	N	% (n)	N	% (n)	N	% (n)	N
Curiosidad	54.1	40	28.4	21	5.4	4	8.1	6	4.1	3
Bebían sus amigos	81.1	60	6.8	5	8.1	6	1.4	1	2.7	2
Los incitaron a beber	82.4	61	6.8	5	6.8	5	1.4	1	2.7	2

Motivadores de consumos sucesivos.

(Grado de acuerdo)

	MUY EN DESACUERDO		EN DESACUERDO		INSEGURO		DE ACUERDO		MUY DE ACUERDO	
	% (n)	N	% (n)	N	% (n)	N	% (n)	N	% (n)	N
Beben sus amigos	59.5	44	14.9	11	9.5	7	12.2	9	4.1	3
Para sentir euforia	59.5	44	16.2	12	10.8	8	10.8	8	2.7	2
Para olvidar	62.2	46	14.9	11	12.2	9	8.1	6	2.7	2

V. CONCLUSIÓN

El problema que se presenta actualmente sobre el consumo de alcohol en la adolescencia ha creado una **alarma social** tanto en nuestro país como a nivel mundial, siendo esta la causa por la que hemos decidido tratar este tema. Hemos podido ver que la edad en la que más se inician en el consumo de alcohol es a los **14 años de edad**, siendo los principales motivadores para iniciarse en él porque les generaba **curiosidad**, por **imitación** de iguales (amigos) o **porque los incitaron**. Mientras que los motivos por los que deciden mantener esta practica son porque **sus amigos lo hacían** o por **experimentar sensaciones**.

Resumen: *El alcohol es una sustancia psicoactiva ampliamente utilizada y aceptada en nuestra vida. En los años 90 se empezó a realizar un ritual grupal denominado «botellón» en el que adolescentes se iniciaban en su consumo. Debido a los problemas tanto físicos como psicosociales que se derivan de su consumo y considerándose un problema a nivel mundial, se decide investigar cuáles son los motivadores que llevan a los adolescentes tanto a iniciarse en el consumo como a mantener este hábito en el tiempo, realizándose un estudio descriptivo transversal utilizando una muestra de 74 adolescentes de la provincia de Ciudad Real.*

Palabras Clave: *Alcohol; adolescencia; consumo.*

Introducción

El alcohol se ha convertido en una sustancia ampliamente utilizada y socialmente aceptada en nuestra vida. A partir de los años 90 es cuando apareció el ritual grupal denominado "botellón" y es cuando esta sustancia psicoactiva se extendió notablemente entre los jóvenes. Determinar cuando el alcohol supone un problema para el adolescente es complejo, pues las alteraciones físicas y psicosociales se manifiestan a largo plazo.

Objetivo

Analizar las motivaciones y los factores relacionados con el consumo juvenil de alcohol teniendo en consideración el lugar en el que se desarrollan dichas conductas.

Material y métodos

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal, llevándose a cabo un muestreo aleatorio para la selección de 74 adolescentes que constituyen una muestra representativa de la población a estudio. Los criterios de inclusión son adolescentes entre 14 y 16 años de edad y residentes de la provincia de Ciudad Real.

Para la realización de dicho estudio se recurre al cuestionario "Escala de actitudes y hábitos de consumo de alcohol" que se encuentra en formato tipo Linkert con el que se investigan variables relacionadas con las actividades de ocio, percepción de la gravedad asociada al consumo de alcohol, análisis de las actitudes entre otros. Una vez reunidos todos los cuestionarios se utiliza el paquete informático SPSS para procesar la información y previamente se introducen las respuestas en una base de datos. Las variables utilizadas son variables cuantitativas que se muestran en forma de frecuencia y porcentajes. Los adolescentes que participaron en el estudio lo hicieron de forma anónima.

Resultados y discusión

Concretamente 49 individuos son mujeres (66.2 %) y 25 individuos son varones (33.8 %). Las edades comprendidas son 14 y 16 años. La edad media se sitúa en 14.8 y la desviación típica en 0.715.

Se le otorga una importancia como motivador de primer consumo a la curiosidad con un porcentaje de 12.2 %, seguido por la imitación de iguales ya sea porque bebían mis amigos con un porcentaje de 4.1 % o porque les incitaron con otro porcentaje de 4.1 %, recibiendo estos dos últimos factores de consumos el mismo porcentaje.

ISBN: 978-84-949197-6-3

En cuanto a los motivadores de los consumos sucesivos de alcohol, encontramos que una motivación importante a la hora de consumir alcohol en la muestra estudiada, es beber porque beben mis amigos, lo que confirma que la imitación de iguales tiene un peso preponderante (16.3%), seguido este factor por el factor de beber por sentir euforia (13.5%) y beber para olvidar (10.8%).

Conclusión

El problema que se presenta actualmente sobre el consumo de alcohol en la adolescencia ha creado una alarma social tanto en nuestro país como a nivel mundial, siendo esta la causa por la que se ha decidido tratar este tema. Se ha podido ver que la edad en la que más se inician en el consumo de alcohol es a los 14 años de edad, siendo los principales motivadores para iniciarse en él porque les generaba curiosidad, por imitación de iguales (amigos) o porque los incitaron. Por otro lado, los motivos por los que deciden mantener esta práctica son porque sus amigos lo hacían o por experimentar sensaciones.

Bibliografía

1. Álvarez González F.J. y Del Río Gracia C. Farmacología del alcohol. En: García Usieto E., Mendieta Caviedes S., Cervera Martínez G. y Fernández Hermida J. R. Manual Set de alcoholismo. 1º Edición. Madrid: Médica Panamericana; 2003.
2. Andersen P. y Baumberg B. El alcohol en Europa. Una perspectiva de salud pública. Reino Unido: Institute of alcohol studies; 2006.
3. Calafat A., Juan M., Becoña E., Fernández C., Gil E., Palmer A., et al. Salir de marcha y consumo de drogas. Madrid: Plan Nacional sobre drogas; 2000.

Capítulo 119

Factores que influyen en el abandono precoz de la lactancia materna

Bermejo Cruz, Sara

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ABANDONO PRECOZ DE LA LACTANCIA MATERNA

Se han reconocido diferentes hábitos capaces de interferir en la prevalencia y/o duración de la lactancia materna (LM). Es importante conocerlos para poder trabajar sobre ellos y así mejorar la tasa de cumplimiento de las recomendaciones de la OMS.

OBJETIVO

Identificar los factores que influyen en el abandono precoz de la LM.

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), factores (factors), abandono precoz (early end), lactante (infant) y madre (mother).

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ABANDONO PRECOZ

DEPENDIENTES DEL LACTANTE ⟹ Peso al nacer, ganancia ponderal...

DEPENDIENTES DE LA MADRE ⟹
- Elección propia.
- Vuelta al trabajo.
- Buenos conocimientos.
- Salud física y mental.
- Uso adecuado de la técnica de amamantamiento.

DEPENDIENTES DEL ENTORNO SOCIAL Y FAMILIAR
- Organización y planificación familiar.
- Tradición familiar.
- Creencias culturales.
- Mitos y creencias inadecuadas.

DEPENDIENTES DE LOS SERVICIOS SANITARIOS → Conocimientos inadecuados
- Separación precoz.
- "Alimentación de prueba".
- Ofrecer biberón.
- Propaganda de fórmulas.

→ Brindar conocimientos y servir de apoyo psicológico.

CONCLUSIONES

Son numerosos los factores que influyen en el incumplimiento de las recomendaciones de la OMS con respecto a la LM. Como sanitarios, debemos tomar parte de aquellos que dependen de nosotros. Aún existe una falta de conocimiento por parte de los sanitarios sobre el tema, ya que los programas docentes de carreras, especializaciones y posgrados no tratan estos temas con suficiente amplitud.

Resumen: *Se han reconocido diferentes hábitos capaces de interferir en la prevalencia y/o duración de la lactancia materna (LM). Pero hay más factores, más allá de los hábitos, que tienen una importante repercusión en el cumplimiento de las recomendaciones sobre LM. Como personal de enfermería, es imprescindible que conozcamos esos factores para poder intervenir sobre ellos mejorando las tasas de LM a nivel mundial.*

Palabras Clave: *Lactancia materna; factores; abandono precoz.*

Introducción

Se han reconocido diferentes hábitos capaces de interferir en la prevalencia y/o duración de la lactancia materna (LM). Es importante conocerlos para poder trabajar sobre ellos y así mejorar la tasa de cumplimiento de las recomendaciones de la OMS (Organización Mundial de la Salud).

Objetivo

Identificar los factores que influyen en el abandono precoz de la LM.

Material y métodos

Búsqueda bibliográfica: 28 artículos seleccionados, en inglés y español. Bases de datos: Cuiden, Pubmed, Cochrane y Scielo. Palabras clave: lactancia materna (breastfeeding), factores (factors), abandono precoz (early end), lactante (infant) y madre (mother).

Resultados

Para su mejor comprensión, agruparemos los factores que repercuten en el abandono precoz de la LM en dependientes del lactante, dependientes de la madre, dependientes del entorno social y familiar y dependientes de los servicios sanitarios. Dentro de los dependientes del lactante tenemos su estado de salud, como el peso al nacer, la ganancia ponderal... Los que dependen de la madre pueden sen directos, como la elección propia de abandonar la LM, o indirectos, como la vuelta al trabajo, unos malos conocimientos sobre lactancia, una mala salud física y/o mental, o un uso inadecuado de la técnica de amamantamiento. También hay factores dependientes del entorno social y familiar, como la organización y planificación familiar, la tradición familiar, las creencias culturales o los falsos mitos. Finalmente, tenemos los dependientes de los servicios sanitarios, y es que muchas veces nosotros mismos llevamos a cabo actuaciones inadecuadas que perjudican en la adherencia a la LM: separación precoz, «alimentación de prueba», ofrecer biberón, propaganda de fórmulas comerciales... Es imprescindible corregir estas malas prácticas, y en lugar de eso brindar conocimientos a la madre y a la familia en general y servir de apoyo psicológico.

Conclusiones

Son numerosos los factores que influyen en el incumplimiento de las recomendaciones de la OMS con respecto a la LM. Como sanitarios, debemos tomar parte de aquellos que dependen de nosotros. Aún existe una falta de conocimiento por parte de los sanitarios sobre el tema, ya que los programas docentes de carreras, especializaciones y posgrados no tratan estos temas con suficiente amplitud.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Bibliografía

1. Esparza Olcina MJ, Aizpurua Galdeano P. Amamantar al bebé y compartir la cama con él a los tres meses de vida se relaciona con una mayor prevalencia de lactancia materna al año. Evid. Pediatr. 2010; 6: 11.
2. Chalco Orrego JP, Bada Mancilla CA. ¿Se afecta la lactancia materna por la recomendación del uso de chupete? Evid. Pediatr. 2009; 5: 86.
3. Estévez González MD, Martell Cebrián D, Medina Santana R, et al. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. Anales Españoles de Pediatría. 2002; vol. 56 (2): 144-150.
4. Pérez García DR, Valdés Ibargollín MA. Acciones de salud sobre la familia para incrementar la lactancia materna exclusiva. Medicent. Electrón. 2015; vol. 19 (4): 240-243.
5. Gorrita Pérez RR, Ortiz Reyes D, Alfonso Hernández L. Tiempo de lactancia materna exclusiva y estructura familiar. Revista Cubana de Pediatría. 2016; vol. 88 (1): 43-54.

Capítulo 120

Falta de adherencia en adolescente con Diabetes Mellitus tipo 1

Tejado Moral, María

Da Silva de Vicente, Gema Natalia

Perea Espinosa, Francisco

CASO CLINICO: FALTA DE ADHERENCIA EN ADOLESCENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 1

INTRODUCCIÓN

- La Diabetes Mellitus tipo 1 es una enfermedad crónica que se caracteriza por un aumento de glucosa en sangre ya que el páncreas no es capaz de producir insulina.
- Se inicia en niños y adultos jóvenes, siendo los 11-14 años la edad de inicio más frecuente.
- La causa exacta de diabetes tipo 1 se desconoce. La más probable es un trastorno autoinmune.

  Debido a la edad en la que se inicia la enfermedad, la adherencia terapéutica al tratamiento de la DM tipo 1 es parcial en más de la mitad de los jóvenes. La estabilización de los niveles de glucosa se ve empeorada debido a los cambios orgánicos sufridos en la adolescencia y sumados a los cambios psicológicos.

- Síntomas: Son sobre todo 4:

Polifagia	Pérdida de peso	Poliuria	Polidipsia



OBSERVACIÓN CLÍNICA

Paciente mujer de 19 años con diabetes mellitus tipo 1 diagnosticada a los 12 años que acude al Hospital de referencia porque lleva una semana con náuseas y vómitos.

Acude acompañada por su madre que comenta que su hija está todo el día sola en casa porque ella trabaja en otro pueblo. Comenta también que ha tenido que poner candados en los armarios porque si no come lo que no debe por su enfermedad, que no sabe si se pone la insulina que le corresponde o si come acorde con sus necesidades. Además sale cada noche con sus amigos llegando muchas veces en estado de embriaguez.

A su llegada al triaje de urgencias, la paciente presenta mal aspecto general, decaída, enfadada, presenta aliento con olor a manzana y con las siguientes constantes vitales: Tensión arterial: 113/68 mmHg, Frecuencia cardíaca: 114lpm, Saturación de Oxigeno: 97% y glucemia capilar 389mg/dl. Son las 19h y comenta que no ha tomado nada desde el desayuno, donde se puso su dosis prescrita de "Toujeo" y de insulina novorapid. Pasa a boxes donde es valorada por un médico.

Tras examen sanguíneo y de orina los valores son:

- **Cuerpos cetónicos: 150 mg/dl**
- **pH: 7.184 [7,32-7,42]**
- **HCO3: 6.3 mmol/L [23-27]**
- **Exceso de bases: -21.1 mmol/L [-2 -2]**
- **Glucemia: 376mg/dl. [70-100]**
- **Cannabis positivo en orina.**

Tras iniciar en la urgencia tratamiento para disminuir la hiperglucemia y corregir la cetoacidosis, la paciente mejora su estado quedando ingresada en la unidad de Observación.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

DIAGNÓSTICO NANDA	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS	OBJETIVOS NOC	INTERVENCIONES NIC
00134 Nauseas	-Aumento de la salivación. -Aversión a los alimentos. - sabor agrio en la boca.	- Trastornos bioquímicos (p.ej. uremia, cetoacidosis diabética, embarazo).	602 Hidratación 1008 Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos.	1570 Manejo del vómito. 2080 Manejo de líquidos y electrolitos.

DIAGNÓSTICO NANDA	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS	OBJETIVOS NOC	INTERVENCIONES NIC
00070 Deterioro de la adaptación.	-Negación del cambio en el estado de salud. - Demostración de no aceptación del cambio en el estado de salud.	-Falta de motivación para cambiar las conductas. -Actitudes negativas hacia la conducta de salud.	1601 Conducta de cumplimiento. 1305 Adaptación psicosocial: cambio de vida.	4360 Modificación de la conducta. 5230 Aumentar el afrontamiento. 5270 Apoyo emocional.

DIAGNÓSTICO NANDA	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS	OBJETIVOS NOC	INTERVENCIONES NIC
00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico	-Elecciones de la vida diaria ineficaces para cumplir los objetivos de un tratamiento. - Verbalización de no haber emprendido las acciones para reducir los factores o situaciones de riesgo más frecuentes de progresión de la enfermedad y de sus secuelas.	- Complejidad del régimen terapéutico. - Conflicto de decisiones. - Conflicto familiar.	1820 conocimiento: Control de la diabetes. 1802 Conocimiento : dieta.	2120 Manejo de la hiperglucemia. 4360 Modificación de la conducta.

DISCUSIÓN:

Al ser la Diabetes Mellitus tipo 1 una enfermedad cuyo pico de inicio es la adolescencia, resulta difícil la asimilación y el compromiso del paciente. Se necesita un control sobre la dieta, la medicación, y el entorno que el paciente debe saber gestionar. El personal sanitario puede apoyar, enseñar y ayudar en todo momento.

CONCLUSIONES

Hacer ejercicio o actividades que para cualquier adolescente serían rutinarias, en un paciente diabético tipo 1 resultan complejas a la hora de planear comidas o ejercicio. Un cumpleaños, una clase de educación física, las relaciones sexuales, las drogas o la menstruación, cambian los requerimientos de glucosa e Insulina, hechos que el paciente debe conocer y los profesionales saber aconsejarle.

Resumen: *La Diabetes Mellitus (DM) tipo 1 es una enfermedad crónica en la que el páncreas no secreta insulina o secreta en muy poca cantidad, por lo que aumenta los niveles en sangre de glucosa. Por este motivo los pacientes diagnosticados de esta enfermedad no solo necesitan un control de la dieta, sino también una pauta de insulina que deberán conocer para administrársela correctamente. El debut de esta enfermedad se suele dar en la infancia y adolescencia, con lo que eso implica una complicación en la adherencia al tratamiento por las dificultades y cambios psicológicos asociados a esas edades.*

Palabras Clave: *Diabetes Mellitus; insulina; cumplimiento y adherencia al tratamiento.*

Introducción

La Diabetes Mellitus tipo 1 es una enfermedad crónica que se caracteriza por un aumento de glucosa en sangre ya que el páncreas no es capaz de producir insulina.

Se inicia en niños y adultos jóvenes, siendo los 11-14 años la edad de inicio más frecuente.

La causa exacta de diabetes tipo 1 se desconoce. La más probable es un trastorno autoinmune debido a la edad en la que se inicia la enfermedad, la adherencia terapéutica al tratamiento de la DM tipo 1 es parcial en más de la mitad de los jóvenes La estabilización de los niveles de glucosa se ve empeorada debido a los cambios orgánicos sufridos en la adolescencia y sumados a los cambios psicológicos.

Los síntomas más importantes son: Polidipsia, polifagia, poliuria y pérdida de peso.

Observación clínica

Paciente mujer de 19 años con diabetes mellitus tipo 1 diagnosticada a los 12 años que acude al Hospital de referencia porque lleva una semana con náuseas y vómitos.

Acude acompañada por su madre que comenta que su hija está todo el día sola en casa porque ella trabaja en otro pueblo Comenta también que ha tenido que poner candados en los armarios porque si no come lo que no debe por su enfermedad, que no sabe si se pone la insulina que le corresponde o si come acorde con sus necesidades Además sale cada noche con sus amigos llegando muchas veces en estado de embriaguez.

A su llegada al triaje de urgencias, la paciente presenta mal aspecto general, decaída, enfadada, presenta aliento con olor a manzana y con las siguientes constantes vitales Tensión arterial 113 68 mmHg Frecuencia cardíaca 114 lpm, Saturación de Oxigeno 97 y glucemia capilar 389 mg/dl.

Son las 19 h y comenta que no ha tomado nada desde el desayuno, donde se puso su dosis prescrita de Toujeo y de insulina novorapid Pasa a boxes donde es valorada por un médico.

Tras examen sanguíneo y de orina los valores son:

- Cuerpos cetónicos 150 mg/dl.
- pH 7 184 7 32 7 42.

ISBN: 978-84-949197-6-3

- HCO 3 6 3 mmol /L 23 27.
- Exceso de bases 21 1 mmol /L 2.2.
- Glucemia 376 mg/dl 70 100.
- Cannabis positivo en orina.

Tras iniciar en la urgencia tratamiento para disminuir la hiperglucemia y corregir la cetoacidosis la paciente mejora su estado quedando ingresada en la unidad de Observación.

Discusión

Al ser la Diabetes Mellitus tipo 1 una enfermedad cuyo pico de inicio es la adolescencia, resulta difícil la asimilación y el compromiso del paciente. Se necesita un control sobre la dieta, la medicación, y el entorno que el paciente debe saber gestiona. El personal sanitario puede apoyar, enseñar y ayudar en todo momento.

Conclusiones

Hacer ejercicio o actividades que para cualquier adolescente serían rutinarias, en un paciente diabético tipo 1 resultan complejas a la hora de planear comidas ejercicio. Un cumpleaños, una clase de educación física, las relaciones sexuales, las drogas o la menstruación, cambian los requerimientos de glucosa e Insulina, hechos que el paciente debe conocer y los profesionales saber aconsejarle.

Bibliografía

1. López SG: Depresión y Diabetes. En Jadresic A, Ojeda C, Pérez G. Editores. Psiconeuroendocrinología. Ed. Mediterráneo. Cap. 8.
2. Bertolino B: Terapia orientada al cambio con adolescentes y jóvenes. Edit. Paidos. España 2006; 139-65.
3. Agreda J, Yanguas E, “Paciente difícil: quien es y como manejarlo” Anales Sis San Navarra 2001 Vol. 4 Supl 2.

Capítulo 121

Fármacos orales que no deben ser triturados

Madueño Moreno, Silvia

Madueño Moreno, José Luis

Fármacos orales que no deben ser triturados

Introducción: Los pacientes ingresados en cuidados críticos o en las diferentes unidades de la asistencia especializa o incluso en el ámbito domiciliario, son portadores de sonda nasogástrica (SNG) para la alimentación enteral y es común administrar formas farmacéuticas sólidas (FFS). Esto hace que algunos preparados farmacéuticos tengan que ser triturados para su administración, lo que puede cambiar sus propiedades farmacocinéticas y por lo tanto su efecto terapéutico, reacciones adversas, etc.

Material y método: La información se recopiló utilizando el buscador google académico mediante la búsqueda de la primera palabra clave primera Sonda nasogástrica, segunda Administración de medicamentos, tercera Trituración de medicación. Formas farmacéuticas. Se analizaron además las referencias bibliográficas de los artículos seleccionados con el fin de rescatar otros estudios potencialmente incluibles para la revisión.

Objetivo: de este trabajo es revisar los fármacos que se utilizan por vía oral en los diversos ámbitos en los que no deben ser triturados, proponer medidas alternativas y recomendaciones para una administración correcta

Resultados:

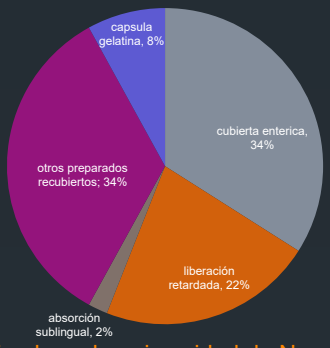
Estudio realizado en el hospital 12 de Octubre de Madrid

Se elaboró un cuestionario con 24 preguntas a cerca de la evaluación de las prácticas de administración de fármacos por sonda nasoenterica y enterotomía en pacientes hospitalizados. La población de estudio fue el personal de enfermería de diferentes Unidades del Hospital Universitario 12 de Octubre. Los criterios de inclusión fueron profesionales que atendieran o hubieran atendido anteriormente a pacientes con sondas u ostomías. Se distribuyeron 323 encuestas al total del personal de enfermería de los Servicios incluidos en el estudio. De ellas fueron cumplimentadas 162, de las cuales, 4 de ellas fueron descartadas por tener menos del 85% de las respuestas contestadas. Resultados del estudio:

	N	%
Trituración de comprimidos de cubierta entérica		
•En alguna ocasión	99	69.7%
•Nunca	33	23.2%
•Siempre	10	7.0%
Trituración comprimidos de liberación modificada		
•En alguna ocasión	92	66.2%
•Nunca	38	27.3%
•Siempre	9	6.5%
Dilución de formas farmacéuticas líquidas		
•No	35	24.6%
•Si	95	66.9%
•Otros	12	8.5%
Lavado de la sonda		
•Antes de administrar el fármaco	1	0.7%
•Después del fármaco	48	33.6%
•Antes y después del fármaco	94	65,7%
Lavado de sonda entre fármacos		
•Dependiendo de los fármacos	30	21%
•Si	52	36.4%
•No	61	42,7%

Trabajo realizado en la UCI Polivalente de 12 camas del Hospital Universitario Ciudad de Jaén

Estudio descriptivo de 115 FFS de uso común en la unidad y administrados por SNG e identificación de los fármacos que no deben ser triturados buscando sus alternativas. De ellos 50FF orales (43,5 %), se consideraron mal administrados.



Revisión revisión bibliográfica realizada en la universidad de Navarra

Se realizó una revisión bibliográfica en la universidad de Navarra, de entre los temas tratados, se realizó esta tabla de interacciones de fármacos con la NE.

Fármacos que interaccionan con la nutrición enteral

Nombre genérico	Interacción	Recomendaciones
Aluminio	Precipitación de las proteínas de la nutrición enteral (NE) con la sal del aluminio	Parar la NE 1 h antes y 1 h después
Ciprofloxacino	En contacto con los cationes de la nutrición precipita y reduce su absorción	Parar la NE 1 h antes y 1 h después
Potasio	Precipita con la NE	Evitar su administración por el riesgo de obstrucción de la sonda
Lactulosa	Al mezclarse con la NE altera la reabsorción de los nutrientes y produce precipitación	En medida de lo posible, evitar administrar cantidades elevadas de lactulosa
Fenitoina	Si se mezcla con los nutrientes, se altera la solubilidad del fármaco y disminuye su concentración plasmática	Interrumpir la NE 1 h antes y 2 h después de la administración del fármaco. Monitorización de niveles en sangre
N-acetilcisteína	Precipita con la NE debido a su pH ácido	
Haloperidol	Puede precipitar con la NE	Parar la NE 1 h antes y 1 h después
ispagula, Plantagoovata	Precipita con la NE	Evitar su administración por el riesgo de obstrucción de la sonda
Fenitoina	Si se mezcla con los nutritientes se alteravla solubilidad del fármaco y disminuye su concentración plasmática	
acenocumarol	No triturar. Puede unirse a las proteínas de la NE. El contenido en vitamina K de la NE puede antagonizar su efecto	Monitorizar actividad anticoagulante
Teofilina	Produce inactivación, precipitación del fármaco y disminución de su absorción. Aumenta la osmolaridad de la NE	Monitorización de niveles en sangre

CONCLUSIONES

Según las recomendaciones de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral las formas farmacéuticas idóneas para administrar por sonda son las líquidas. Cuando el fármaco se prescribe en la forma sólida, apenas un 21,7% consulta con el Servicio de Farmacia para ver si está disponible en forma líquida en el Hospital. Podrán triturarse únicamente aquellas FF cuya cubierta tenga la única finalidad de enmascarar un mal sabor o evitar la irritabilidad gástrica debida al principio activo. Además de todo lo anterior se ha podido apreciar la interacción de determinados medicamentos si estos se administran al mismo tiempo que la NE, donde la principal medida a temer en cuenta es la paralización de la NE un tiempo antes y después de la administración del medicamento y la determinación en sangre de los niveles del mismo. Se hace necesario destacar

La necesidad de formación de las enfermeras en este área de cuidados, para que conozcan los problemas derivados de la manipulación indiscriminada de fármacos a la hora de administrarlos por sonda digestiva y la utilidad de disponer de una guía actualizada de medicamentos para conseguir su óptima administración.

1.Catalán, F. Padilla, F. Hervás, M. A. Pérez, F. Ruiz.Vol. 12. Núm. 3.Enero 2001páginas 109-161Fármacos orales que no deben ser triturados
2. Rabadán Anta MT, Flores Baeza MJ, Cayuela Fuentes J, Cevidades Lara MM, Valvuena Moya R, Ruiz Morales MT, Rodríguez Mondéjar M, Cervantes Martínez MD. INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS EN LA ADMINISTRACION DE FÁRMACOS DENTRO DEL PROCESO DE ENFERMERÍA. eglobal [Internet]. 1 [citado 13dic.2018]
3. Goñi R, Sánchez I, Baztan A, Asiain MC. Administración de fármacos por sonda digestiva. *Enfermería intensiva*2001; 12:66-79.

Resumen: *Los pacientes ingresados en cuidados críticos o en las diferentes unidades de la asistencia especializa o incluso en el ámbito domiciliario, son portadores de sonda nasogástrica (SNG) para la alimentación enteral y es común administrar formas farmacéuticas sólidas (FFS). Esto hace que algunos preparados farmacéuticos tengan que ser triturados para su administración, lo que puede cambiar sus propiedades farmacocinéticas y por lo tanto su efecto terapéutico, reacciones adversas, etc.*

Palabras Clave: *Sonda nasogástrica; administración de medicamentos; trituración de medicación.*

Objetivo

El objetivo de este trabajo es revisar los fármacos que se utilizan por vía oral en los diversos ámbitos en los que no deben ser triturados, proponer medidas alternativas y recomendaciones para una administración correcta.

Material y métodos

La información se recopiló utilizando el buscador google académico mediante la búsqueda de las palabras clave. Se analizaron además las referencias bibliográficas de los artículos seleccionados con el fin de rescatar otros estudios potencialmente incluibles para la revisión.

Estudio realizado en el Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

Se elaboró un cuestionario con 24 preguntas acerca de la evaluación de las prácticas de administración de fármacos por sonda nasoenterica y enterotomía en pacientes hospitalizados. La población de estudio fue el personal de enfermería de diferentes Unidades del Hospital Universitario 12 de Octubre. Los criterios de inclusión fueron profesionales que atendieran o hubieran atendido anteriormente a pacientes con sondas u ostomías. Se distribuyeron 323 encuestas al total del personal de enfermería de los Servicios incluidos en el estudio. De ellas fueron cumplimentadas 162, de las cuales, 4 de ellas fueron descartadas por tener menos del 85% de las respuestas contestadas.

Resultados del estudio:

- Trituración de comprimidos de cubierta entérica (total de respuestas: 142): En alguna ocasión: 69.7 %, nunca: 23.2 %, siempre 7 %.
- Trituración comprimidos de liberación modificada (total de respuestas: 139): En alguna ocasión: 66.2 %, nunca: 27.3 %, siempre 6.5 %.
- Dilución de formas farmacéuticas líquidas (total de respuestas: 142): No: 24.6 %, si: 66.9 %, otros: 8.5 %.
- Lavado de la sonda (total de respuestas: 163): Antes de administrar el fármaco: 0.7 %, después del fármaco: 33.6 %, antes y después del fármaco: 33.6 %
- Lavado de sonda entre fármacos (total de respuestas: 143): Dependiendo de los fármacos: 32 %, si: 36.4 %, no: 42.7 %.

Trabajo realizado en la UCI Polivalente de 12 camas del Hospital Universitario Ciudad de Jaén

Estudio descriptivo de 115 formas farmacéuticas sólidas (FFS) de uso común en la unidad y administrados por SNG e identificación de los fármacos que no deben ser triturados buscando sus alternativas.

ISBN: 978-84-949197-6-3

De ellos 50 formas farmacéuticas (FF) orales (43,5 %), se consideraron mal administrados: cápsula de gelatina: 8 %, cubierta entérica: 34 %, liberación retardada: 22 %, absorción sublingual: 2 %, otros preparados recubiertos: 34 %.

Revisión revisión bibliográfica realizada en la universidad de Navarra

Se realizó una revisión bibliográfica en la universidad de Navarra, de entre los temas tratados, se hallaron estas interacciones de fármacos con la NE:

- Aluminio: Las proteínas de la NE precipitan con la sal de aluminio. Se recomienda parar la NE una hora antes y una hora después.
- Ciprofloxacino: En contacto con los cationes de la nutrición precipita y reduce su absorción. . Se recomienda parar la NE una hora antes y una hora después.
- Potasio: Precipita con la NE, se recomienda evitar su administración por el riesgo de obstrucción de la sonda.
- Fenitonia: Al mezclarse con la NE altera la reabsorción de los nutrientes y produce precipitación. Es recomendable en medida de lo posible, evitar administrar cantidades elevadas de lactulosa.
- N-acetilcisteína: Precipita con la NE debido a su pH ácido
- Haloperidol: Puede precipitar con la NE. . Se recomienda parar la NE una hora antes y una hora después.
- ispagula, Plantagoovata: Precipita con la NE, evitar su administración para evitar la obstrucción de la sonda.
- Acenocumarol: No triturar. Puede unirse a las proteínas de la NE. El contenido en vitamina K de la NE puede antagonizar su efecto. Se recomienda monitorizar actividad anticoagulante.
- Teofilina: Produce inactivación, precipitación del fármaco y disminución de su absorción. Aumenta la osmolaridad de la NE. Se recomienda monitorización de niveles en sangre.

Conclusiones

Según las recomendaciones de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral las formas farmacéuticas idóneas para administrar por sonda son las líquidas. Cuando el fármaco se prescribe en la forma sólida, apenas un 21,7 % consulta con el Servicio de Farmacia para ver si está disponible en forma líquida en el Hospital. Podrán triturarse únicamente aquellas FF cuya cubierta tenga la única finalidad de enmascarar un mal sabor o evitar la irritabilidad gástrica debida al principio activo. Además de todo lo anterior se ha podido apreciar la interacción de determinados medicamentos si estos se administran al mismo tiempo que la NE, donde la principal medida a temer en cuenta es la paralización de la NE un tiempo antes y después de la administración del medicamento y la determinación en sangre de los niveles del mismo. Se hace necesario destacar la necesidad de formación de las enfermeras en este área de cuidados, para que conozcan los problemas derivados de la manipulación indiscriminada de fármacos a la hora de administrarlos por sonda digestiva y la utilidad de disponer de una guía actualizada de medicamentos para conseguir su óptima administración.

Bibliografía

1. Catalán, F. Padilla, F. Hervás, M. A. Pérez, F. Ruiz.Vol. 12. Núm. 3.Enero 2001páginas 109-161Fármacos orales que no deben ser triturados.
2. Rabadán Anta MT, Flores Baeza MJ, Cayuela Fuentes J, Cevidades Lara MM, Valvuena Moya R, Ruiz Morales MT, Rodríguez Mondéjar M, Cervantes Martínez MD. Interacciones medicamentosas en la administracion de fármacos dentro del proceso de enfermería. eglobal [Internet]. 1 [citado 13dic.2018].
3. Goñi R, Sánchez I, Baztan A, Asiain MC. Administración de fármacos por sonda digestiva. Enfermería intensiva2001; 12:66-79.

Capítulo 122

Fármacos uterotónicos en la prevención y tratamiento de la hemorragia posparto

Arriaga Rodríguez, Ana María

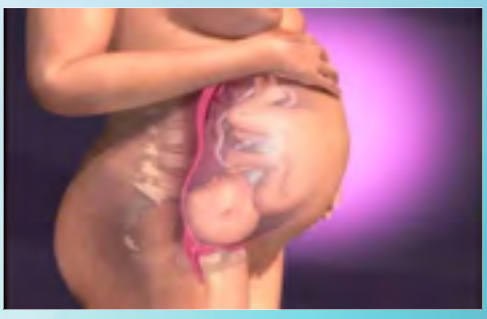
Rodrigo Marín, Esther María

Nuñez Cabanillas, María del Carmen

FÁRMACOS UTEROTÓNICOS EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA POSPARTO

INTRODUCCIÓN

-La hemorragia posparto (HPP) se caracteriza por una pérdida estimada de sangre >500 ml en un parto vaginal o >1.000 ml tras una cesárea.
-La hemorragia obstétrica se divide en inmediata o primaria (<24 h del parto), y secundaria o tardía (24 h-6 semanas posparto).
- La principal causa de la HPP es la atonía uterina.
-La OMS informa de que la HPP es la principal causa de muerte materna, y es de 50-100 veces más frecuente en los países con pocos recursos.
-La HPP se da en el 5-15% de todos los partos; es, pues, un problema de gran magnitud y requiere tratamientos eficaces que puedan evitar el uso de la cirugía para extirpar el útero, a menudo la última opción de tratamiento.



OBJETIVO

-Determinar la eficacia de la oxitocina profiláctica para prevenir la HPP y otros resultados maternos adversos relacionados con el alumbramiento.

- Determinar la eficacia de fármacos uterotónicos para el tratamiento de la HPP.

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: *Uterotonic agents, postpartum hemorrhage, maternal mortality.*

RESULTADOS

El conocimiento de la existencia de factores de riesgo es de gran ayuda a la hora de prevenir una HPP pero 2/3 de los casos se dan en mujeres sin ninguno de esos factores..
Es por ello que la opción con mejor evidencia científica es su **PREVENCIÓN**.Está demostrado que una actitud activa durante el alumbramiento disminuye la frecuencia de la hemorragia posparto precoz en más de un 40%.

-Una vez que sale el bebé, administrar 10 unidades de **oxitocina** (Syntocinon) por vía IM o bien 5 unidades IV en bolo lento.
- Realizar el corte del cordón umbilical, tras el cese del latido.
- Comprobar la contracción uterina, si está contraído continuar, si no, esperar o realizar un suave masaje del útero hasta que se contraiga.
- Realizar una tracción suave o tensión controlada del cordón umbilical y al mismo tiempo con la mano dominante realizar una contracción del útero, colocando la mano por encima de la sínfisis del pubis, presionando en dirección hacia el ombligo de la madre.
-Si tras realizar la tracción nos encontramos resistencia esperar 30 ó 40 segundos y empezar el proceso de nuevo.
- Al final observaremos como la placenta sale por la vagina con el mínimo de resto sanguíneo.
- Comprobar la integridad de la placenta y el mantenimiento de la contracción uterina, presionando el fondo uterino.
- Debido a que la oxitocina tiene una vida media corta se aconseja la administración posterior de 10 ó 15 unidades de oxitocina en 500 cc suero ringer o fisiológico para evitar hemorragias secundarias.

HEMORRAGIA PERSISTENTE

-Control de constantes vitales (TA, FC pulsioximetría).

-Valorar contracción y altura uterina (debe estar dos dedos por debajo ombligo).

-Si existe poca contracción y altura uterina más arrriba, realizar masaje uterino circular y compresión del mismo para expulsar posibles coágulos retenidos.

- Comenzar con la reposición de fluidos: ringer lactato o suero salino fisiológico.

-Metilergometrina (Methergin): 0,25 mg im ó 0,125 mg iv cada 5 minutos (máx. 5 dosis). Contraindicado en HTA (y por tanto preeclampsia). Normalmente se usa como coadyuvante de la oxitocina en caso de que ésta fuera insuficiente.

-PG F2 alfa (Carboprost, Hemabate): 250 µg im cada 15 minutos (máx. 8 dosis). Contraindicado en asma, enfermedad hepática o cardiaca.

-PG E1 (Misoprostol, Cytotec): 400-600 µg vo o vía rectal. (Dosis habitual: 4 comprimidos de 200 µg vía rectal, consiguiendo una mayor velocidad de absorción).

-Carbetocina (Duratobal): 0,1 mg iv en bolo lento en dosis única. Se trata de un análogo sintético de la oxitocina,

CONCLUSIONES

La oxitocina continúa siendo el uterotónico de elección en la profilaxis y el tratamiento de la hemorragia posparto. Podemos concluir que el manejo activo del tercer estadio del parto disminuye el riesgo de HPP y debe ofrecerse a las mujeres dado que reduce la incidencia de hemorragia posparto debida a atonía uterina. Cada persona que atiende a un parto debe tener el conocimiento, las habilidades y el juicio necesario para llevar a cabo el manejo activo del tercer periodo del parto y tener acceso al equipamiento necesario para poder utilizarlo.

BIBLIOGRAFÍA

-Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolo de hemorragia postparto precoz.
-Ministerio de Sanidad y Política Social. Guías de práctica clínica en el SNS. Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal.
-OMS. Reducir la mortalidad materna. Declaración común OMS/FNUP/UNICEF/Banco Mundial.
-Sociedad Canadiense de Obstetricia y Ginecología. Clinical Practice Guidelines. Prevention and management of postpartum haemorrhage.

Resumen: *La hemorragia posparto es la principal causa de muerte materna,se da en el 5-15% todos los partos; es, pues, un problema de gran magnitud. El conocimiento de la existencia de factores de riesgo es de gran ayuda para prevenir una HPP pero 2/3 de los casos se dan en mujeres sin ninguno de esos factores.*

Es por ello que la opción con mejor evidencia científica es su prevención.Está demostrado que una actitud activa durante el alumbramiento disminuye la frecuencia de la HPP .La oxitocina continúa siendo el uterotónico de elección en la profilaxis y el tratamiento de la hemorragia posparto.

Palabras Clave: *Uterotonic agents; postpartum hemorrhage; maternal mortality.*

Introducción

La hemorragia posparto (HPP) se caracteriza por una pérdida estimada de sangre >500 ml en un parto vaginal o >1.000 ml tras una cesárea. La hemorragia obstétrica se divide en inmediata o primaria ((<24 h del parto), y secundaria o tardía (24 h-6 semanas posparto).

La principal causa de la HPP es la atonía uterina. La OMS informa de que la HPP es la principal causa de muerte materna, y es de 50-100 veces más frecuente en los países con pocos recursos.

La HPP se da en el 5-15% de todos los partos; es, pues, un problema de gran magnitud y requiere tratamientos eficaces que puedan evitar el uso de la cirugía para extirpar el útero, a menudo la última opción de tratamiento.

Objetivo

Determinar la eficacia de la oxitocina profiláctica y otros resultados maternos adversos relacionados con el alumbramiento, así como, la eficacia de fármacos uterotónicos para el tratamiento de la HPP.

Material y métodos

El conocimiento de la existencia de factores de riesgo es de gran ayuda a la hora de prevenir una HPP pero 2/3 de los casos se dan en mujeres sin ninguno de esos factores. Es por ello que la opción con mejor evidencia científica es su prevención. Está demostrado que una actitud activa durante el alumbramiento disminuye la frecuencia de la hemorragia posparto precoz en más de un 40%.

La secuencia de actuación sería la siguiente:

- Una vez que sale el bebé, administrar 10 unidades de oxitocina (Syntocinon) por vía IM o bien 5 unidades IV en bolo lento.
- Realizar el corte del cordón umbilical, tras el cese del latido.
- Comprobar la contracción uterina, si está contraído continuar, si no, esperar o realizar un suave masaje del útero hasta que se contraiga.
- Realizar una tracción suave o tensión controlada del cordón umbilical y al mismo tiempo con la mano dominante realizar una contracción del útero, colocando la mano por encima de la sínfisis del pubis, presionando en dirección hacia el ombligo de la madre.

Si tras realizar la tracción nos encontramos resistencia esperar 30 ó 40 segundos y empezar el proceso de nuevo.

ISBN: 978-84-949197-6-3

- Al final observaremos como la placenta sale por la vagina con el mínimo de resto sanguíneo.
- Comprobar la integridad de la placenta y el mantenimiento de la contracción uterina, presionando el fondo uterino.
- Debido a que la oxitocina tiene una vida media corta se aconseja la administración posterior de 10 ó 15 unidades de oxitocina en 500 cc suero ringer o fisiológico para evitar hemorragias secundarias.

Si a pesar de tomar estas medidas, nos encontráramos con una hemorragia persistente, se deberá continuar con los siguientes pasos:

- Control de constantes vitales (TA, FC pulsioximetría).
- Valorar contracción y altura uterina (debe estar dos dedos por debajo ombligo).
- Si existe poca contracción y altura uterina más arriba, realizar masaje uterino circular y compresión del mismo para expulsar posibles coágulos retenidos.
- Comenzar con la reposición de fluidos: ringer lactato o suero salino fisiológico.

Al mismo tiempo se podrá administrar:

- Metilergometrina (Methergin): 0,25 mg im ó 0,125 mg iv cada 5 minutos (máx. 5 dosis). Contraindicado en HTA (y por tanto preeclampsia). Normalmente se usa como coadyuvante de la oxitocina en caso de que ésta fuera insuficiente.
- PG F2 alfa (Carboprost, Hemabate): 250 µg im cada 15 minutos (máx. 8 dosis). Contraindicado en asma, enfermedad hepática o cardiaca.
- PG E1 (Misoprostol, Cytotec): 400-800 µg vo o vía rectal. (Dosis habitual: 4 comprimidos de 200 µg vía rectal, consiguiendo una mayor velocidad de absorción).
- Carbetocina (Duratobal): 0,1 mg iv en bolo lento en dosis única. Se trata de un análogo sintético de la oxitocina.

Conclusión

La oxitocina continúa siendo el uterotónico de elección en la profilaxis y el tratamiento de la hemorragia posparto. El manejo activo del tercer estadio del parto disminuye el riesgo de HPP y debe ofrecerse a las mujeres dado que reduce la incidencia de hemorragia posparto debida a atonía uterina. Cada persona que atiende a un parto debe tener el conocimiento, las habilidades y el juicio necesario para llevar a cabo el manejo activo del tercer periodo del parto y tener acceso al equipamiento necesario para poder utilizarlo.

Bibliografía

1. Sociedad Canadiense de Obstetricia y Ginecología. Clinical Practice Guidelines. Prevention and management of postpartum haemorrhage. J Soc Obstet Can. 2000; 22: 271-81.
2. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolo de hemorragia postparto precoz.
3. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guías de práctica clínica en el SNS. Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal.
4. OMS. Reducir la mortalidad materna. Declaración común OMS/FNUP/UNICEF/Banco Mundial 1999.
5. K. Maughan, S. Heim, S. Galazka. Preventing postpartum hemorrhage Managing the third stage of labor. Am Fam Physician, 73 (2006), pp. 1025-1028.

Capítulo 123

Farmacovigilancia y prevalencia de reacciones adversas de fármacos en la población anciana

López Santos, Celia

López García, Mª Paz

de la Morena Aguirre, Francisca

López de Mota de la Morena, Carmen María

Jiménez Gordillo, María Dolores

Cuadros Torres, María José



FARMACOVIGILANCIA Y PREVALENCIA DE REACCIONES ADVERSAS DE FÁRMACOS EN LA POBLACIÓN ANCIANA.

INTRODUCCIÓN

La farmacovigilancia es una ciencia que permite la detección, evaluación y manejo de las reacciones adversas de los fármacos que han salido al mercado.

La población anciana es una de las más vulnerables, debido a la asociación de pluripatologías y con ello, la polifarmacia.

OBJETIVOS

. Identificar a través de la búsqueda de evidencia científica, la prevalencia de las reacciones adversas medicamentosas (RAM) en ancianos.

. Determinar los factores de riesgos que influyen en la aparición de las reacciones adversas de los fármacos en la población.

MATERIAL Y MÉTODO

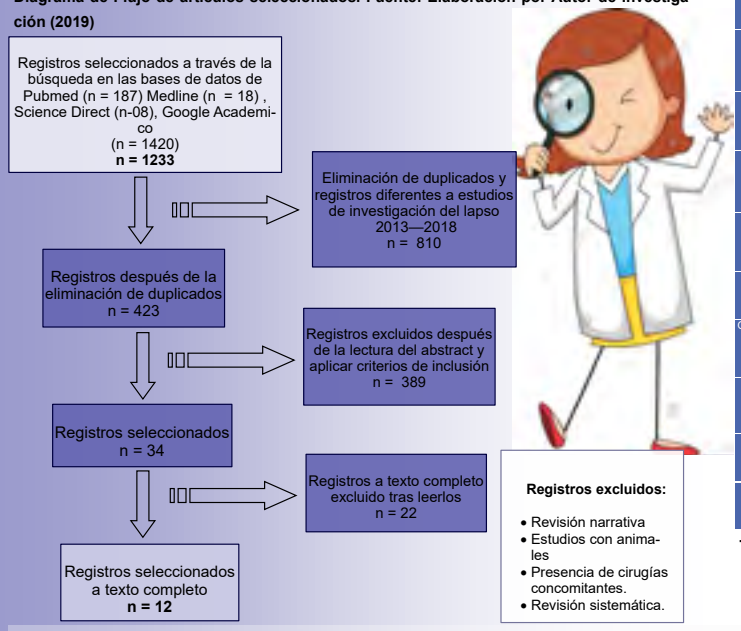
Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en tres bases de datos: Pubmed, Medline y Science Direct, con una selección de artículos con 5 años de antigüedad.

Los Criterios de inclusión son:

- **Tipo de estudio**: Estudios experimentales, estudios cuasiexperimentales, estudios observacionales (descriptivos).
- **Tipo de intervención**: Reacciones adversas a medicamentos en ancianos.
- **Tipo de participantes**: Estudios en seres humanos in vivo con resultados informados, de ambos sexos, mayores o iguales a 60 años de edad.

Palabras clave: reacciones medicamentosas (RAM), anciano, farmacovigilancia.

Diagrama de Flujo de artículos seleccionados. Fuente: Elaboración por Autor de investigación (2019)



RESULTADOS

Se seleccionaron 12 artículos de los 1233 encontrados, excluyendo revisiones narrativas, estudios con animales y presencia de cirugías concomitantes.

Cabe destacar, que los fármacos cardiovasculares son los que mayor tasa de RAM reportan, además, el sexo femenino, la edad avanzada, comorbilidades y la polifarmacia, influyen en la aparición de las RAM.

En la siguiente tabla se agrupan las características generales de los artículos seleccionados.

Autor/Año/Ciudad	Tipo de estudio	Muestra (edad)	Prevalencia	Definición RAM/ evaluación	Fármacos que producen RAM	Método de identificación de RAM	Evaluación de calidad de estudio (GRADE)
BonnetZamponi,et al (Francia,2013) (14)	Ensayo prospectivo, aleatorizado de grupos paralelos y abierto	n=665 86.1 ±6.2 Años	169 (25,41%)	Según la OMS, con evaluación de causalidad	Antitrombóticos, antihipertensivos y fármacos psicotrópicos	Examen físico médico	Buena
Nickel et al. (Suiza, 2013) (15)	Estudio diagnostico transversal	n=633 81 años	77 (12,2%)	OMS/ evaluación de causalidad	Tiazidas, antidepresivos, benzodiazepinas, anticonvulsivos	Evaluación médica inicial y anamnesis	Bajo
Marusic Setal (Croacia, 2013) (16)	Estudio observacional prospectivo	n=222 72 años	19 (8,5%)	Edwards y Aronson	IECAS	Evaluación médica inicial	Bajo
Yeoh TT, (Singapore et al 2013)(17)	Estudio clínico controlado prospectivo	361 casos de PRM, edad 71,1	114 casos, 31.6 %	OMS modificado	Asociados a la quimioterapia (agentes citotóxicos).	Anamnesis; Médico informado	Bueno
Klopotowska et al. (Países Bajos, 2013) (18)	Estudio de cohorte	n=250 76.9±75 años	164 (65,6%)	Edwards y Aronson.	Dados por errores de medicación	Evaluación médica	Muy Baja
Somers (Bélgica, 2013) (19)	Estudio observacional	n=100 81.4 años	15%	Edwards y Aronson Sin estudios de causalidad	Fármacos cardiovasculares, fármacos para el SNC	Medico informado	Baja
Cahir et al (Irlanda, 2014) (20)	Estudio de cohorte retroespectivo	n=934	728 78%	OMS	AINES	Autoinforme y registro médico de los últimos 6 meses, revisado por 2 médicos independientes	Muy Baja
Yee Kiat Heng y Yen Loo Lim (Singapur, 2015)	Estudio descriptivo	n=77.28 años	634 1%	No especifican	Betabloqueantes Quimioterapeúticos	Médico informado	Muy Baja
Gutierrez Tejedor y Molano (Bogotá, 2016) (21)	Estudio descriptivo de corte transversal	n=564 74 años	71 12.5%	OMS, no especifican evaluación de causalidad	Antihipertensivos	Revisión de Historia Clínica	Muy Baja
Stingl et al (Alemania, 2016) (10)	Estudio piloto controlado aleatorizado	n=960	No especifican	No especifican	Anticoagulantes	Evaluación médica	Muy Baja
Allegri et (Italia, 2017) (22)	Estudio descriptivo	n=860	382 44.4 %	No especifican	Aspirina, ramipril, furosemida, benzodiacepinas, antipsicóticos	Evaluación médica	Muy Baja
Wallace et al (Dublín, 2017) (23)	Estudio de Cohorte prospectivo	n=904	445 74%	OMS	No especifica	Entrevista a paciente, autoinforme	Muy Baja

Tabla resumen de artículos seleccionados.

CONCLUSIONES

Los hallazgos evidenciados en esta revisión bibliográfica, indican que las RAM en ancianos constituyen un alto porcentaje de casos, específicamente relacionados con la polifarmacia y el mal seguimiento de los fármacos prescritos. Además el paciente anciano con frecuencia, presenta problemas de comprensión, no entiende bien las instrucciones de los medicamentos ni su manejo.

Cabe destacar también que los cambios fisiológicos, conducen a una farmacocinética diferenciada y mayor sensibilidad tanto en los efectos terapéuticos como en los efectos adversos de los fármacos.

Los fármacos que comúnmente ocasionan efectos adversos en la población mayor son los cardiovasculares (antihipertensivos, betabloqueantes, diuréticos y los IECAS), seguidos del AAS.

Existe una relación arraigada entre la polifarmacia y la aparición de reacciones adversas, aumentando el doble de las veces en comparación con los pacientes que tienen monoterapia.

Otros factores de riesgo que influyen son el sexo femenino, la edad avanzada, comorbilidades y la polifarmacia; aunque la carga de patologías, también es de importancia.

Resumen: *Una de las poblaciones más vulnerables son los ancianos, debido a la asociación de pluripatologías y con ello, la polifarmacia. Con este estudio, se pretende identificar la prevalencia de las reacciones adversas de los fármacos en ancianos a través de la búsqueda de evidencia científica en las bases de datos Pubmed, Medline y Sciencice Direct con apoyo en el Google Académico.*

Se seleccionaron 12 artículos de los 1233 encontrados.

Palabras Clave: *Reacciones adversas; anciano; farmacovigilancia.*

Introducción

La farmacovigilancia es una ciencia que permite la detección, evaluación y manejo de las reacciones adversas de los fármacos que han salido al mercado. Una de las poblaciones más vulnerables son los ancianos, debido a la asociación de pluripatologías y con ello, la polifarmacia.

Objetivo

Identificar a través de la búsqueda de evidencia científica, la prevalencia de las reacciones adversas de los fármacos en ancianos. Determinar los factores de riesgos que influyen en la aparición de las reacciones adversas de los fármacos en la población.

Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica, a través de la búsqueda en tres bases de datos: Pubmed, Medline y Science Direct con apoyo de la búsqueda especifica en Google Académico, las palabras claves fueron reacciones adversas medicamentos, adultos mayores y polifarmacia, usando los operadores boleanos AND y OR, para ampliar la búsqueda, con selección de artículos con 5 años de antigüedad.

Resultados

Se seleccionaron 12 artículos de los 1233 encontrados, identificando una prevalencia variable de acuerdo a las regiones estudiadas, siendo los fármacos cardiovasculares los que mayor tasa de RAM reportadas; además, el sexo femenino, la edad avanzada, comorbilidades y la polifarmacia, influyen en la aparición de las RAM.

Conclusiones

A pesar de las limitaciones del estudio, se ha identificado una prevalencia entre 5-74%, con asociación de prescripción inadecuada de fármacos con lo que es necesario, la intervención hacia ese sendero para evitar muertes innecesarias. Además, el paciente anciano con frecuencia presenta problemas de comprensión, no entiende bien las instrucciones de los medicamentos ni su manejo.

Bibliografía:

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Buenas prácticas de Farmaovigilancia. Red Panamericana de Armonización de la Reglamentación Farmacéutica (PARF). Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Farmacovigilancia; 2011. Report No.: Documento Técnico Nº. 5.

ISBN: 978-84-949197-6-3

2. World Health Organization. The safety of medicines in public health programmes. Geneva: World Health Organization, Pharmacovigilance; 2006.

3. World Health Organization. Reporting and learning systems for medication errors: the role of pharmacovigilance centres. Geneva: World Health Organization, Pharmacovigilance; 2014.

4. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Retirada del mercado de nuevos lotes de medicamentos con valsartán. [Online].; 2018 [cited 2018 Septiembre 16. Available from: https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/calidad/2018/NI_ICM-CONT_10-2018-retirada-valsartan.htm.

Capítulo 124

Fiabilidad en la realización de las espirometrías sin clip nasal

Villanueva Moraga, Begoña

Triguero Bocharán, María Teresa

Rivero García, Ana

Díaz López, Lucía

Nieves Barea, Ana

Martínez Pérez, Carmen

FIABILIDAD EN LA REALIZACIÓN DE LAS ESPIROMETRÍAS SIN EL CLIP NASAL



Autores:

Introducción:

Diversos autores, así como las principales sociedades científicas no alcanzan un consenso sobre el uso o no de la pinza nasal durante las maniobras para la realización de la espirometría. Además está descrito que el uso de la misma puede resultar incomodo e incluso imposibilitar la realización correcta de la prueba.

Objetivos:

Objetivo Principal:
-Determinar si el uso del Naso clip durante la espirometría, varía o modifica los parámetros de esta prueba en pacientes diagnósticados de EPOC.

Objetivos Secundarios
-Evaluar si existen factores que influyan en estos indicadores según el uso o no del Naso clip.
-Evaluar la comodidad manifestada por el paciente durante la espirometría.

Metodología:

Diseño: Estudio analítico transversal comparativo. Se realizaron dos mediciones a cada paciente. Una con pinza y otra sin pinza. Para ello se conformaron dos grupos (Grupo 1 y Grupo 2) al que fueron asignados los participantes de forma aleatoria y que determinó el orden de realización de cada una de las espirometrias. Trascurridos 5 minutos desde la realización de la primera prueba se procedió a la con la segunda, según correspondía al orden establecido. Tras la realización de la 2ª prueba se preguntó sobre la comodidad de la misma



Población y Ámbito: Personas diagnosticas de EPOC (Bronquitis y Enfisema Pulmonar) de la Gerencia de Atención Integrada de HGUCR que fueron vistas en la Consulta de Neumología. Se excluyeron pacientes con exacerbaciones y enfermedad aguda actual, además de las propias de la prueba. El tipo de muestreo fue de casos consecutivos. El cálculo del tamaño de muestra se realizará mediante la comparación de medias emparejadas, para detectar una media de 74 ml en la FVC y una desviación estándar de las diferencias de 214 ml, con un nivel de confianza del 95% y una potencia del 80%.
Variables: Sociodemográficas, Hábito Tabáquico, Grado de EPOC, Comodidad; Orden de Realización de la Prueba, FEV1, FEV1%, FVC, FVC%
Análisis de Datos: Análisis descriptivo de los datos. Para establecer si hay diferencias en los parámetros espirométricos entre las dos pruebas con Clip y sin Clip se utilizó la prueba de t Student para muestras Dependientes o Apareadas. Para comprobar la fiabilidad, grado de concordancia y acuerdo entre ambas mediciones, se utilizó el **Coeficiente de Correlación Intraclase** y la representación gráfica **Altman Bland.**
Aspectos Éticos: A todos se les pidió la firma de un consentimiento informado por escrito. El presente estudio fue aprobado por el comité de ética de la GAI CR

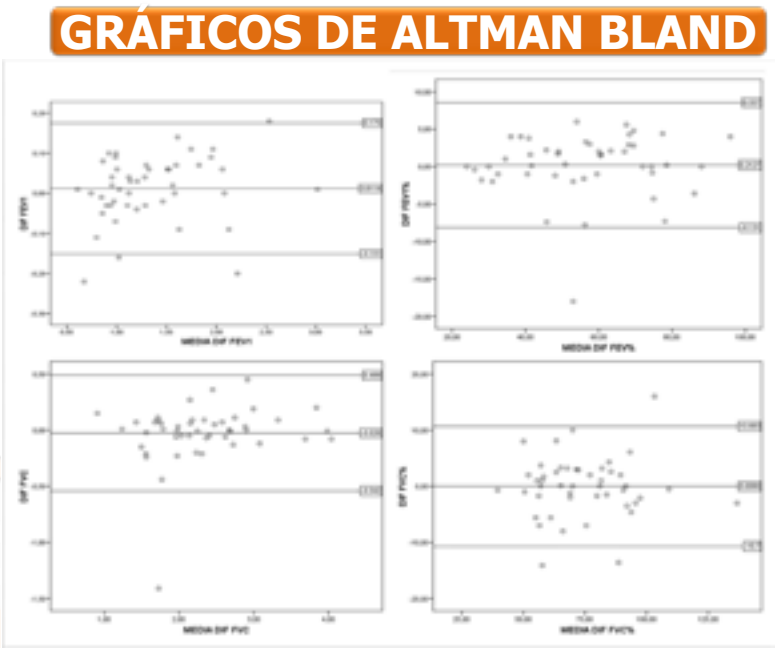
Resultados:

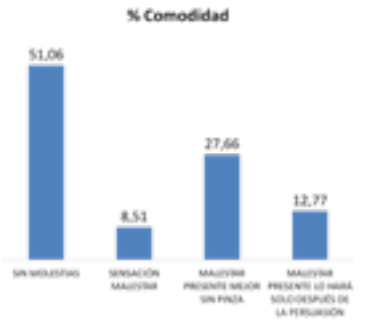
Finalmente se obtuvieron datos de 47 pacientes: La edad media fue de 71,82 dt (9.59) años. 43 (91%) hombres 4 (9%) mujeres. No se hallaron diferencias entre las mediciones con y sin pinza, según el orden de realización de la prueba, ni otras variables. Se halló correlación entre el IMC y la diferencia en las puntuaciones obtenidas en la FVC%, r Pearson = -0,345, p=0,018. El acuerdo entre ambas mediciones, con pinza y sin pinza, a través de CCI> 0.90 mostró un grado de **Concordancia Excelente**. En la mayoría de las determinaciones las diferencias observadas se encuentran dentro del Intervalo del 95% de confianza y del rango clínico de -+ 150 ml. De todos los pacientes 23 (48,94%) describió algún tipo de molestia a la hora de realizar la prueba

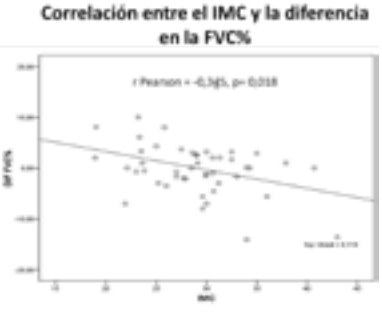
	Media	dt
Peso	77,63	14,31
Talla	163,48	8,20
IMC	29,00	5,09
Nº cigarrillos/día actuales	12.37	7,22
FEV1 con pinza	1,35	0,53
FEV1 sin pinza	1,33	0,51
FEV1 % con pinza	56,13	17,89
FEV1 % sin pinza	55,92	17,66
FVC con pinza	2,30	0,75
FVC sin pinza	2,33	0,70
FVC% con pinza	74,21	18,87
FVC% sin pinza	74,21	18,72

		Intervalo de confianza 95%	
	Correlación intraclase(a)	Límite inferior	Límite superior
FEV1	0,988	0,978	0,993
FEV1%	0,973	0,952	0,985
FVC	0,937	0,890	0,964
FVC%	0,960	0,930	0,978

(a) CCI tipo A utilizando una definición de acuerdo absoluto.







Conclusiones:

La realización de la Espirometría SIN PINZA puede ser un método fiable para obtener datos espirómetricos en personas con EPOC. Podría incluso recomendarse en casos de personas con Sobrepeso y Obesidad, en los cuales se ha observado mejores resultados al realizarse SIN CLIP NASAL. Además la realización de esta técnica SIN CLIP NASAL podría beneficiar al resto de pacientes con dificultades o incomodidad a la hora de realizar la prueba

Resumen: *Debido a la falta de consenso de las principales sociedades científicas en el uso o no de la pinza nasal durante la realización de las espirometrías, y dada la importancia de esta prueba para el diagnostico de EPOC, se decidió realizar un estudio con el objetivo de comprobar si existían diferencias en la realización de la prueba con y sin pinza nasal.*

No se obtuvieron diferencias estadística ni clínicamente significativas en los principales parámetros espirométricos. Se observó que a mayor IMC se obtenían mayores puntuaciones sin pinza, y casi un 50% sentían algún tipo de malestar con la pinza.

Palabras Clave: *Nose clip; obstructive lung diseases; spirometry.*

Introducción

Diversos autores, así como las principales sociedades científicas, no alcanzan un consenso sobre el uso o no de la pinza nasal durante las maniobras para la realización de la espirometría. Además, está descrito, que el uso de la misma puede resultar incomodo e incluso imposibilitar la realización correcta de la prueba.

Objetivo

Por todo ello y debido al gran impacto social que supone la EPOC y dada la importancia de la espirometría en su diagnostico, el objetivo principal de nuestro estudio fue determinar si el uso de la pinza nasal varía o modifica los parámetros espirométricos de pacientes diagnosticados de EPOC. Los objetivos secundarios fueron evaluar si existen factores que influyan en estos indicadores según el uso o no del Naso clip y evaluar la comodidad manifestada por el paciente durante la espirometría con pinza y sin pinza nasal.

Material y métodos

Se realizó un estudio analítico transversal comparativo, en el que después de explicarle al paciente los motivos y el procedimiento del estudio, se le pedía la firma del consentimiento informado con el que aceptaba la participación e inclusión en el estudio; a continuación se le hacían dos pruebas espirométricas: una con pinza y otra sin pinza nasal. Para ello, se conformaron dos grupos (grupo 1 y grupo 2) al que fueron asignados los participantes de forma aleatoria y que determinó el orden de realización de cada una de las espirometrías. Transcurridos 5 minutos desde la realización de la primera prueba se procedía a la realización de la segunda, según correspondía al orden establecido. Tras esta última espirometría se le preguntaba al paciente sobre la comodidad respecto a la realización de las pruebas con pinza y sin pinza nasal.

La población y ámbito de estudio fueron personas diagnosticadas de EPOC (bronquitis y enfisema pulmonar) de la Gerencia de Atención Integrada del Hospital Gral Universitario de Ciudad Real que fueron vistas en la consulta de neumología. Se excluyeron pacientes con exacerbaciones y enfermedad aguda actual, además de las contraindicaciones propias de la prueba. El cálculo del tamaño de muestra se realizará mediante la comparación de medias emparejadas, para detectar una media de 74 ml en la FVC y una desviación estándar de las diferencias de 214 ml, con un nivel de confianza del 95 % y de una potencia del 80 %.

ISBN: 978-84-949197-6-3

En una base de datos se recogieron variables sociodemográficas, habito tabáquico, grado de EPOC, comodidad, orden de realización de la prueba, FEV1, FEV1%, FVC, FVC%, FEV1/FVC… y se hizo un análisis descriptivo de los datos: para establecer si hay diferencias en los parámetros espirométricos entre las dos pruebas con clip y sin clip nasal, se utilizó la prueba de t Student para muestras dependientes o apareadas. Para comprobar la fiabilidad, grado de concordancia y acuerdo entre ambas mediciones, se utilizó el Coeficiente de Correlación Intraclase y la representación gráfica de Altman Bland.

Resultados

Como resultado, finalmente se obtuvieron datos de 47 pacientes: la edad media fue de 71,82 dt (9,59) años, 43 (91 %) hombres, 4 (9 %) mujeres. No se hallaron diferencias entre las mediciones con y sin pinza, según el orden de realización de la prueba, ni otras variables. Se halló correlación entre el IMC y la diferencia en las puntuaciones obtenidas en la FVC %, r Pearson = -0,345, p =0,018. El acuerdo entre ambas mediciones, con pinza y sin pinza, a través del Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI > 0,90) mostró un grado de Concordancia Excelente. En la mayoría de las determinaciones las diferencias observadas se encuentran dentro del Intervalo del 95% de confianza y del rango clínico de -/+ 150 ml (el criterio clínico de reproducibilidad de las espirometrías vienen marcados en 150 ml). De todos los pacientes, 23 (48,94 %) describió algún tipo de molestia al realizar la prueba con pinza.

Conclusión

La realización de la espirometría Sin Pinza puede ser un método fiable para obtener datos espirométricos en personas con EPOC. Podría incluso recomendarse en casos de personas con sobrepeso y obesidad, en los cuales se ha observado mejores resultados al realizarse sin clip nasal. Además la realización de esta técnica sin clip nasal podría beneficiar al resto de pacientes con dificultades o incomodidad a la hora de realizar la prueba.

Bibliografía

1. Newall C, McCauley TM, Shakespeare J, Cooper BG. Is it necessary to use anoseclip in the performance of spirometry using a wedge bellows device? ChronRespir Dis. 2007;4(1):53-7.
2. Chavasse R, Johnson P, Francis J, Balfour-Lyn I, Rosenthal M, Bush A. To clip or not to clip? Noseclips for spirometry. Eur Respir J 2003; 21: 876-8. [Resumen] [Consulta: 01/09/2010].
3. Sipoli, Luciana, et al. Spirometry in healthy subjects: do technical details of the test procedure affect the results?.PloS one 9.9 (2014): e 107782.
4. Espirometria/ArchivosdeBronconeumologia.www.archbronconeumol.org/es- espirometria-articulo-so300289613001178.
5. Use of noseclips during spirometry Cnewall et al.

Capítulo 125

Fisioterapia en las úlceras por presión en el paciente con movilidad reducida

Cabañas Linares, Javier

Jiménez Serrano, Rebeca

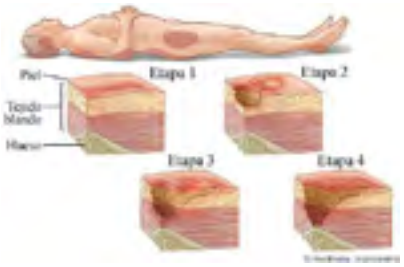
Gregorio Ropero, María Dolores

FISIOTERAPIA EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL PACIENTE CON MOVILIDAD REDUCIDA

INTRODUCCIÓN :

Las complicaciones de la falta de movilidad, dependiendo del tipo y grado, pueden aparecer inmediatamente o surgir mucho tiempo después. Entre los problemas que aparecen a corto plazo, una de los más graves y frecuentes son las úlceras por decúbito. Este tipo de lesiones tienen una baja tendencia a la cicatrización espontanea,. Constituyen un importante problema de salud publica.

ULCERA POR PRESIÓN: Es una necrosis de la piel y el tejido subcutáneo de una zona sometida a presión entre dos plano duros, los huesos y el soporte (cama o silla), que provoca una disminución del aporte de oxígeno y nutrientes a esa zona, por el aplastamiento de los vasos sanguíneos que se produce.



OBJETIVOS:

Mostrar si las técnicas de Fisioterapia empleadas son efectivas para la prevención y el tratamiento de las ulceras por presión.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Revisión bibliográfica en Pubmed, medline y otros buscadores, mediante la utilización de palabras clave tanto en ingles como en español: "Phisioterapy and pressure ulcers". "Electroestimulation". "Ultraviolet radiation". "Massage therapy". "Laser therapy". "Crioterapy"...

RESULTADOS:



1. CINESITERAPIA

-Previene la aparición de problemas circulatorios, activando la circulación sanguínea.
- Mantiene la elasticidad musculo-tendinosa.
-Evita la atrofia y el debilitamiento muscular.



2. TERAPIA DE LUZ. IR- UV

Administra calor a la zona de la herida para aumentar el flujo de sangre capilar.
- Poder cicatrizante y bactericida.
- Aumentando la disponibilidad de ATP mitocondrial y la síntesis proteica.



3. ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA

Se utiliza para inducir contracciones intermitentes.
-Reduce la presión alrededor de las prominencias óseas.
- Influye sobre la vascularización del fondo de la herida. Crea una buena alimentación del tejido de granulación.
- Promueve el crecimiento y la diferenciación tisular.



4. ULTRASONIDOS

Aplicación de ondas de sonido de baja frecuencia en el tejido dañado.
-Efecto mecánico que produce un micromasaje celular provocando la remodelación de las fibras de colágeno.
-Efecto térmico que produce un aumento del movimiento provocando nuevas reacciones electroquímicas.



5. LÁSER

Amplifica la luz a un alto nivel de coherencia espacial y temporal.
- Aumenta la producción de energía aeróbica, previniendo la necrosis celular.
- Aumenta la proliferación de células, síntesis de colágeno, la estimulación de fibroblastos y la proliferación de macrófagos.



6. TERAPIA ELECTROMAGNÉTICA

Genera un componente eléctrico y mecánico a la herida.
- Promueve la curación mediante la alteración de la membrana celular.
-Se consigue una relajación muscular y una vasodilatación con efecto trófico con mayor aporte de nutrientes a la zona.
- Aumenta la presión de O2, en los tejidos y estimula la producción de colágeno.

CONCLUSIONES:

Aunque los resultados confirman que las técnicas empleadas pueden ser efectivas, disminuyendo el tiempo de recuperación y regenerando de mejor manera el tejido, los estudios que existen son pequeños y de mala calidad metodológica. No existe suficiente evidencia confiable para sacar conclusiones sobre la contribución de las distintas técnicas de Fisioterapia a la curación de las ulceras por presión.

Las úlceras por presión son un problema de salud que en pocas ocasiones recibe atención fisioterapéutica. Los enfermeros y fisioterapeutas deberían trabajar de manera conjunta en los hospitales y los centros con un objetivo común, mejorar la calidad de vida de los pacientes que puedan padecer úlceras, acortando el proceso de curación y mejorando el bienestar de los mismos. La implementación de estos métodos de tratamiento a los de enfermería pueden favorecer la regeneración y la cicatrización.

REFERENCIAS:

- Quiraga- Santamaria Paola Andrea, Guarín- Corredor Claribeth, Forero-López Milton, Landínez- Parra Nancy Stella. Propuesta de un protocolo de electro- estimulación para el tratamiento de úlceras por presión grado II y III. Rev. Fac. Med. 2013.
- Melero Rubio Esperanza, Párraga Díaz Mateo. Terapia combinada con electroestimulación y apósitos convencionales como tratamiento de úlceras y heridas en pacientes en hemodiálisis. Rev. Soc. Esp. Enferm. Negrol.
- Company José, C. González Arbas, M. Claramut Devis, J.C. Electroterapia en la curación de heridas.
- Hernande Palfox, S. Mendez Ruiz, I. Úlceras por presión tratadas con Ultrasonido Terapéutico. Centro de Rehabilitación Integral Regional Zacualtipán. Área de Terapia Física.

Resumen: *Dependiendo del tipo y grado de encamamiento, las complicaciones pueden aparecer inmediatamente o surgir mucho tiempo después. Entre las complicaciones que aparecen a corto plazo, una de las más graves y frecuentes son las úlceras por decúbito.*

Con este trabajo se pretende mostrar si las técnicas de Fisioterapia empleadas son efectivas para la prevención y el tratamiento de las ulceras por presión.

Palabras Clave: *Physioterapy and ulcers; laser therapy; ultraviolet radiation.*

Cinesiterapia: Previene la aparición de problemas circulatorios, activando la circulación sanguínea. Mantiene la elasticidad musculo- tendinosa y evita la atrofia y el debilitamiento muscular.

Terapia de luz UV y IR: Administra calor a la zona de la herida para aumentar el flujo de sangre capilar. Presenta poder cicatrizante y bactericida. Aumenta la disponibilidad de ATP mitocondrial y la síntesis proteica.

Estimulación eléctrica: Se utiliza para inducir contracciones intermitentes, reduciendo la presión alrededor de las prominencias óseas. Influye sobre la vascularización del fondo de la herida creando una buena alimentación del tejido de granulación. Promueve el crecimiento y la diferenciación tisular.

Ultrasonidos: Aplicación de ondas de sonido de baja frecuencia en el tejido dañado. Efecto mecánico que produce un micromasaje celular provocando la remodelación de las fibras de colágeno y un efecto térmico que produce un aumento del movimiento provocando nuevas reacciones electroquímicas.

Láser: Amplifica la luz a un alto nivel de coherencia espacial y temporal. Aumenta la producción de energía aeróbica, previniendo la necrosis celular. Aumenta la proliferación de células, la síntesis de colágeno, la estimulación de fibroblastos y la proliferación de macrófagos.

Terapia electromagnética: Genera un componente eléctrico y mecánico a la herida. Promueve la curación mediante la alteración de la membrana celular. Se consigue una relajación muscular y una vasodilatación con efecto trófico con mayor aporte de nutrientes a la zona. Aumenta la presión de O_2, en los tejidos y estimula la producción de colágeno.

Aunque los resultados confirman que las técnicas empleadas pueden ser efectivas, disminuyendo el tiempo de recuperación y regenerando de mejor manera el tejido, los estudios que existen son pequeños y de mala calidad metodológica. No existe suficiente evidencia confiable para sacar conclusiones sobre la contribución de las distintas técnicas de Fisioterapia a la curación de las ulceras por presión.

Las úlceras por presión son un problema de salud que en pocas ocasiones recibe atención fisioterapeútica. Los enfermeros y fisioterapeutas deberían trabajar de manera conjunta en los hospitales y los centros con un objetivo común, mejorar la calidad de vida de los pacientes que puedan padecer úlceras, acortando el proceso de curación y mejorando el bienestar de los mismos. La implementación de estos métodos de tratamiento a los de enfermería pueden favorecer la regeneración y la cicatrización.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Bibliografía

1. Quiraga- Santamaría Paola Andrea, Guarín- Corredor Claribeth, Forero-López Milton, Landínez- Parra Nancy Stella. Propuesta de un protocolo de electro- estimulación para el tratamiento de úlceras por presión grado II y III. Rev. Fac. Med. 2013.
2. Melero Rubio Esperanza, Párraga Díaz Mateo. Terapia combinada con electroestimulación y apósitos convencionales como tratamiento de úlceras y heridas en pacientes en hemodiálisis. Rev. Soc. Esp. Enferm. Negrol.
3. Company José, C. Gonzalez Arbas, M. Claramut Devis, J.C. Electroterapia en la curación de heridas.
4. Hernande Palfox, S. Mendez Ruiz, I. Úlceras por presión tratadas con Ultrasonido Terapeútico. Centro de Rehabilitación Integral Regional Zacualtipán. Área de Terapia Física.

Capítulo 126

Fisioterapia respiratoria en bronquiolitis aguda. ¿Sí o no?

Lozano Miñano, Beatriz

FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN BRONQUIOLITIS AGUDA ¿SI O NO?

INTRODUCCIÓN.

La bronquiolitis aguda (BA) es una infección de causa viral que afecta a las vías aéreas inferiores y supone la infección respiratoria de vías bajas más frecuente durante los primeros meses de vida (menores de 24 meses, con mayor incidencia en los menores de 1 año). Presenta los mayores picos de incidencia durante el otoño y el invierno, aunque sólo el 1-2% de las bronquiolitis presentan suficiente gravedad como para requerir ingreso hospitalario.

La única intervención aceptada de forma generalizada en el tratamiento de la BA son las medidas de apoyo (hidratación, aporte de oxígeno, lavados nasales) y existe mucha variabilidad en la práctica clínica.

La fisioterapia respiratoria (FR) supone una medida de tratamiento complementario cuya utilidad suscita controversia. El objetivo principal de la fisioterapia respiratoria en la BA es movilizar y ayudar a eliminar las secreciones, mejorando la ventilación y la capacidad funcional pulmonar. Actualmente, se utilizan técnicas basadas en las modificaciones del flujo espiratorio que parecen ser mejor toleradas y que ocasionan menos complicaciones: la espiración lenta prolongada seguida de tos provocada intenta movilizar los mocos desde los bronquiolos más distales hasta la tráquea y así poder ser expulsados por la boca.



OBJETIVOS

Con esta revisión se intenta aclarar la conveniencia o no de realizar maniobras de FR frente a la BA.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Se han revisado los artículos encontrados en las bases de datos PEDro, Cochrane y MEDLINE con las palabras clave ”respiratory therapy”, “physiotherapy” y “bronchiolitis”.

Se han incluido todos los artículos encontrados, debido a la escasez del número de publicaciones.



RESULTADOS

La BA es un proceso leve o moderado que la mayoría de las veces (98%) se resuelve de manera ambulatoria. Por este motivo, resulta complicado validar científicamente la FR ya que todas las investigaciones que se han realizado han sido en pacientes hospitalizados.

Además, demostrar la utilidad de una técnica determinada de FR es complicado debido a que son escasos los trabajos existentes.

Metodológicamente, son trabajos muy heterogéneos, y no todos valoran como síntoma de mejoría los mismos parámetros clínicos (duración de la estancia clínica, necesidad de horas de oxigenoterapia, saturación de oxígeno, frecuencia cardíaca, puntuación en una escala clínica de gravedad…), sino que valoran alguno de los indicados, o varios, pero no existe uniformidad ni especificidad en los criterios que indican mejoría de la enfermedad.

Los trabajos menos recientes valoran técnicas de fisioterapia actualmente en desuso como pueden ser la vibración o la percusión (clapping). Existe una alta evidencia de que las técnicas de espiración forzada, en pacientes graves, no mejoran su estado de salud, y pueden acarrear consecuencias negativas. Las técnicas de espiración pasiva lenta proporcionan un alivio inmediato y transitorio en los pacientes moderados, sin tener un efecto duradero. También existen publicaciones que demuestran que los niños con VRS positivo (el más frecuente en BA) necesitaron menos horas de oxigenoterapia si recibían FR.



CONCLUSIONES

El uso de la FR en las BA, por tanto, sigue siendo controvertida. Los métodos tradicionales de FR deben ser abandonados, ya que no han sido validados y provocan efectos indeseados. Sin embargo, las técnicas de espiración pasiva lenta presentan elementos validados y no producen efectos indeseados.

La heterogeneidad de las técnicas evaluadas en los estudios limita la interpretación de la eficacia de las mismas, aunque el uso de la FR se asume como seguro. Los hallazgos más recientes que indican una reducción en la duración de la hospitalización aún deben ser confirmados.

Estudios futuros, deberían probar el efecto potencial de las técnicas de espiración pasiva en pacientes leves y moderados no hospitalizados y en pacientes que presentan el virus sincitial (VRS+). Además también deberían explorar la combinación de FR y salbutamol o suero hipertónico salino.

XI CONGRESO DE INVESTIGACIÓN SATSE. CIUDAD REAL. 28, 29 y 30 DE MAYO 2019

Resumen: *La bronquiolitis aguda supone la infección respiratoria más frecuente en lactantes. A pesar de que la mayoría de los pacientes no requieren ingreso hospitalario, dicha patología supone cada año un gran número de afectados y una presión asistencial importante. La fisioterapia respiratoria es una medida terapéutica empleada cada vez con mayor frecuencia para el tratamiento sintomático de la bronquiolitis aguda. Con esta revisión se intenta aclarar la conveniencia y efectividad de las diferentes maniobras de fisioterapia respiratoria, aplicadas como tratamiento de la bronquiolitis aguda.*

Palabras Clave: *Respiratory therapy; physical therapy modalities; bronchiolitis.*

La bronquiolitis aguda (BA) es una infección de causa viral que afecta a las vías aéreas inferiores y supone la infección respiratoria de vías bajas más frecuente durante los primeros meses de vida (menores de 24 meses, con mayor incidencia en los menores de 1 año). Presenta los mayores picos de incidencia durante el otoño y el invierno, aunque sólo el 1-2% de las bronquiolitis presentan suficiente gravedad como para requerir ingreso hospitalario(1).

La única intervención aceptada de forma generalizada en el tratamiento de la BA son las medidas de apoyo (hidratación, aporte de oxígeno, lavados nasales) y existe mucha variabilidad en la práctica clínica.

La fisioterapia respiratoria (FR) supone una medida de tratamiento complementario cuya utilidad suscita controversia. El objetivo principal de la fisioterapia respiratoria en la BA es movilizar y ayudar a eliminar las secreciones, mejorando la ventilación y la capacidad funcional pulmonar. Actualmente, se utilizan técnicas basadas en las modificaciones del flujo espiratorio que parecen ser mejor toleradas y que ocasionan menos complicaciones: la espiración lenta prolongada seguida de tos provocada intenta movilizar los mocos desde los bronquiolos más distales hasta la tráquea y así poder ser expulsados por la boca.

La BA es un proceso leve o moderado que la mayoría de las veces (98%) se resuelve de manera ambulatoria. Por este motivo, resulta complicado validar científicamente la FR ya que todas las investigaciones que se han realizado han sido en pacientes hospitalizados(2).

Además, demostrar la utilidad de una técnica determinada de FR es complicado debido a que son escasos los trabajos existentes. Metodológicamente, son trabajos muy heterogéneos, y no todos valoran como síntoma de mejoría los mismos parámetros clínicos (duración de la estancia clínica, necesidad de horas de oxigenoterapia, saturación de oxígeno, frecuencia cardíaca, puntuación en una escala clínica de gravedad…), sino que valoran alguno de los indicados, o varios, pero no existe uniformidad ni especificidad en los criterios que indican mejoría de la enfermedad.

Los trabajos menos recientes valoran técnicas de fisioterapia actualmente en desuso como pueden ser la vibración o la percusión (clapping).

Existe una alta evidencia de que las técnicas de espiración forzada, en pacientes graves, no mejoran su estado de salud, y pueden acarrear consecuencias negativas. Las técnicas de espiración pasiva lenta proporcionan un alivio inmediato y transitorio en los pacientes moderados, sin tener un efecto duradero. También existen publicaciones que demuestran que los niños con VRS positivo (el más frecuente en BA) necesitaron menos horas de oxigenoterapia si recibían FR.

ISBN: 978-84-949197-6-3

El uso de la FR en las BA, por tanto, sigue siendo controvertida. Los métodos tradicionales de FR deben ser abandonados, ya que no han sido validados y provocan efectos indeseados. Sin embargo, las técnicas de espiración pasiva lenta presentan elementos validados y no producen efectos indeseados(3).

La heterogeneidad de las técnicas evaluadas en los estudios limita la interpretación de la eficacia de las mismas, aunque el uso de la FR se asume como seguro. Los hallazgos más recientes que indican una reducción en la duración de la hospitalización aún deben ser confirmados.

Estudios futuros, deberían probar el efecto potencial de las técnicas de espiración pasiva en pacientes leves y moderados no hospitalizados y en pacientes que presentan el virus sincitial (VRS+). Además también deberían explorar la combinación de FR y salbutamol o suero hipertónico salino.

Bibliografía

1. M. Sánchez Bayle, R. Martín Martín, J. Cano Fernández, G. Martínez Sánchez, J. Gómez Martín, G. Yep Chullen et al. Estudio de la eficacia y utilidad de la fisioterapia respiratoria en la bronquiolitis aguda del lactante hospitalizado. Ensayo clínico aleatorizado y doble ciego. An Pediatr [Internet]. 2012 [citado mayo 2019]; 77 (1):5-11. Disponible en: https://www.analesdepediatria.org/es-estudio-eficacia-utilidad-fisioterapia-respiratoria-articulo-S1695403311006114.

2. Gomes GR, Donadio MVF. Effects of the use of respiratory physiotherapy in children admitted with acute viral bronchiolitis. Arch Pediatr [Internet]. 2018 Aug [citado mayo 2019]; 25(6): 394-398. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30064712.

3. Postiaux G, Maffei P, Villiot-Danger JC, Dubus JC. Respiratory physiotherapy in acute viral bronchiolitis in the newborn. Pro/con arguments. Rev Mal Respir [Internet]. 2018 Apr [citado mayo 2019]; 35(4):403-415. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29754840.

Capítulo 127

Fisioterapia y atrofia muscular espinal: Revisión sistemática

Cortés Pérez, Irene

Acosta López, Alexandra

Simón Sierra, Juan José

FISIOTERAPIA Y ATROFIA MUSCULAR ESPINAL: REVISIÓN SISTEMÁTICA

INTRODUCCIÓN

La atrofia muscular espinal (AME) es una enfermedad neuromuscular hereditaria caracterizada por la degeneración de las motoneuronas alfa del asta anterior de la médula espinal, debido a la falta de proteína SMN. Se manifiesta por debilidad muscular generalizada, atrofia muscular próximal simétrica, arreflexia osteotendinosa e hipotonía. Se puede clasificar en cuatro tipos teniendo en cuenta la edad de comienzo, los signos clínicos y la gravedad de la enfermedad.

OBJETIVOS

- Indagar sobre la importancia de la fisioterapia en las personas con AME.
- Conocer las diferentes técnicas fisioterápicas utilizadas en la AME y sus beneficios.
- Averiguar la existencia de protocolos fisioterapéuticos de actuación en estos pacientes.

RESULTADOS

Se obtuvieron inicialmente 160 estudios. Tras hacer un cribado, mediante lectura crítica de los resúmenes y eliminación de los artículos repetidos, se seleccionaron 7 trabajos que consideramos eran los más representativos. Se han tenido en cuenta todo tipo de estudios. Los resultados de los trabajos se pueden ver en la tabla 1.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica de literatura científica en bases de datos Pubmed, Scielo y ScienceDirect de los últimos 10 años utilizando las siguientes palabras claves:

Spinal muscular atrophy AND Physiotherapy
Spinal muscular atrophy AND Manual Therapy
Spinal muscular atrophy AND Exercise

Tabla 1

Autor y fecha	Tipo de estudio	Intervención	Resultados
Salem Y, et al. 2010	Caso clínico 1 caso	Programa de terapia acuática dos veces por semana durante sesiones de 45 minutos, durante 14 semanas.	Los resultados de este artículo demuestran la mejora exitosa de la función motora gruesa y la marcha en un niño de 3 años con AME.
Lemke D, et al.; 2014	Estudio observacional 13 casos	Programa de terapia asistida con caballos de diferente duración según la edad de los pacientes.	Todos los participantes informaron mediante encuestas beneficios psicológicos y físicos significativos, tanto en la fuerza, control posturas y rango de movimiento de los niños con AME.
Lewelt A et al.; 2015	Estudio observacional 9 casos	Un programa de ejercicios de entrenamiento con sobrecarga progresiva de 3 días a la semana, supervisado en el hogar.	Se observaron tendencias en la mejora de la fuerza y la función motora. Lo consideran seguro y bien tolerado por los pacientes con AME.
Buu MC; 2017	Review	El tratamiento de las complicaciones respiratorias incluye el reclutamiento del volumen pulmonar, la insuflación-exsuflación mecánica, la fisioterapia torácica y la ventilación asistida.	Las terapias respiratorias aumentan o apoyan la función normal de los componentes del sistema respiratorio.
Starck C et al.; 2018	Estudio observacional retrospectivo. 38 casos	Programa de rehabilitación neuromuscular asistida por vibración durante 6 meses de intervalos de rehabilitación intensiva dirigida a objetivos alternando con vibración de cuerpo entero.	Mejora de función motora gruesa y movilidad funcional tras medición después de 6 y 12 meses.
Mercuri E, et al.; 2018	Review	El estudio muestra una revisión de artículos y en concreto uno en el que se clasifica a los pacientes en pacientes que no consiguen la sedestación, aquellos que sí la consiguen y otros que caminan.	De forma resumida y dependiendo de las características de los pacientes recomiendan técnicas de posicionamiento articular, stretching mediante el uso de técnicas activo asistidas y pasivas, ejercicio aeróbico y de acondicionamiento general (marcha, ciclismo, hidroterapia, hipoterapia…) y fisioterapia respiratoria.
Bartels B et al.; 2019	Review	Realizan revisión de entrenamiento mediante ejercicio físico en pacientes AME tipo 3.	El entrenamiento no tuvo efectos estadísticamente significativos sobre la fatiga y la calidad de vida pero sí sobre la fuerza muscular donde hubo una leve mejoría y también en la puntuación de la escala Hammersmith, donde mejoró la capacidad motora en 3 puntos.

CONCLUSIONES

Se ha encontrado una gran variabilidad de técnicas que se pueden aplicar y que tienen beneficios en los pacientes con AME. Las sesiones regulares de fisioterapia puede influir en la trayectoria de la progresión. Considero que se necesitan más estudios con grupo control aleatorizado y mayor número de participantes en éstos, para poder establecer diferentes protocolos de actuación en cada una de las técnicas y en los diferentes tipos de AME. Al ser una enfermedad tan compleja, se requiere de un tratamiento multidisciplinar para retrasar la evolución de la enfermedad.

REFERENCIAS

- Mercuri E, Finkel RS, Muntoni F et al. Diagnosis and management of spinal muscular atrophy: Part 1: Recommendations for diagnosis, rehabilitation, orthopedic and nutritional care. Neuromuscul Disord. 2018 Feb; 28(2):103-115.
- Starck C, Duran I et al. Vibration-Assisted Home Training Program for Children With Spinal Muscular Atrophy. Child Neurol Open. 2018; 5: 2329048X18780477.
- Lewelt A1, Krosschell KJ et al. Resistance strength training exercise in children with spinal muscular atrophy. Muscle Nerve. 2015 Oct; 52(4):559-67.
- Salem Y, Gropack SJ. Aquatic therapy for a child with type III spinal muscular atrophy: a case report. Phys Occup Ther Pediatr. 2010 Nov; 30(4):313-24.

Resumen: *La atrofia muscular espinal (AME) es una enfermedad neuromuscular hereditaria.Los objetivos del estudio son indagar sobre la importancia de la fisioterapia en AME, conocer las diferentes técnicas fisioterápicas utilizadas y sus beneficios y averiguar la existencia de protocolos. Se ha realizado revisión bibliográfica de literatura científica en bases como Pubmed, Scielo y ScienceDirect (últimos 10 años). Se obtuvieron 160 estudios, 7 trabajos seleccionados. La fisioterapia cobra un papel importante.Entre las técnicas se encuentran: terapia acuática, terapia asistida con caballos, ejercicios de entrenamiento, rehabilitación asistida por vibración, terapia respiratoria, posicionamiento articular, stretching y acondicionamiento general. Aparecen protocolos de actuación de técnicas individuales, pero no combinados.*

Palabras Clave: *Muscular atrophy spinal; physical therapy modalities; exercise therapy.*

Introducción

La atrofia muscular espinal (AME) es una enfermedad neuromuscular hereditaria caracterizada por la degeneración de las motoneuronas alfa del asta anterior de la médula espinal, debido a la falta de proteína SMN. Su etiología es de causa genética, de carácter autosómico recesivo.

La enfermedad se puede clasificar en cuatro tipos teniendo en cuenta la edad de comienzo, los signos clínicos y la gravedad de la enfermedad. A continuación, se reseñan cada uno de ellos:

Tipo I: La edad de inicio es anterior a los 6 meses de vida. Es la forma más grave. Los bebes afectados no son capaces de levantar la cabeza, no llegan a alcanzar la sedestación, tienen dificultades para deglutir y alimentarse.

Tipo II: La edad de inicio es entre 6 -18 meses. Los niños consiguen la sedestación y en algún momento se ponen de pie con ayuda, no deambulan de forma independiente. Ligero temblor de los dedos extendidos.

Tipo III: La edad de inicio es a partir de 18 meses. Es la forma más leve. Los pacientes pueden ponerse en pie y caminar autónomamente, pero puede tener dificultades al sentarse o inclinarse. Se puede observar ligero temblor de los dedos extendidos.

Tipo IV: La edad de inicio es entre la 2ª y la 3ª década, de aparición tardía. Comienzo insidioso de progresión lenta. Se caracteriza por debilidad muscular.

Objetivos

Los objetivos planteados en el estudio son: indagar sobre la importancia de la fisioterapia en las personas con AME, conocer las diferentes técnicas fisioterápicas utilizadas y los beneficios obtenidos con ellas y averiguar la existencia de protocolos fisioterapéuticos.

Material y método

Se ha realizado una revisión bibliográfica de literatura científica en bases de datos Pubmed, Scielo y Science Direct de los últimos 10 años utilizando las palabras claves: Muscular atrophy, spinal, physical therapy modalities, exercise therapy y manual therapies.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Resultados

Se obtuvieron inicialmente 160 estudios, seleccionando 7 trabajos tras hacer un cribado. Se tienen en cuenta todo tipo de estudios. Los resultados son los siguientes:

Estudio 1

- Título: Aquatic therapy for a child with type III spinal muscular atrophy: a case report.
- Autor y fecha: Salem Y, et al. 2010.
- Intervención: Programa de terapia acuática dos veces por semana durante sesiones de 45 minutos, durante 14 semanas.
- Resultados: Demuestran la mejora existosa de la función motora gruesa y la marcha de un niño de 3 años con AME.

Estudio 2

- Título: Perceptions of equine-assisted activities and therapies by parents and children with spinal muscular atrophy.
- Autor y fecha: Lemke D, et al.; 2014
- Intervención: Programa de terapia asistida con caballos de diferente duración según la edad de los pacientes.
- Resultados: Todos los participantes, mediante encuestas, informaron beneficios psicológicos y físicos significativos, tanto en la fuerza, control posturas y rango de movimiento de los niños con AME.

Estudio 3

- Título: Resistance strength training exercise in children with spinal muscular atrophy.
- Autor y fecha: Lewelt A et al.; 2015
- Intervención: Programa de ejercicios de entrenamiento con sobrecarga progresiva de 3 días a la semana, supervisado en el hogar.
- Resultados: Se observaron tendencias en la mejora de la fuerza y la función motora. Lo consideran seguro y bien tolerado por los pacientes.

Estudio 4

- Título: Respiratory complications, management and treatments for neuromuscular disease in children.
- Autor y fecha: Buu MC; 2017
- ntervención: El tratamiento de las complicaciones respiratorias incluye el reclutamiento del volumen pulmonar, la insuflación-exsuflación mecánica, la fisioterapia torácica y la ventilación asistida.
- Resultados: Las terapias respiratorias aumentan o apoyan la función normal de los componentes del sistema respiratorio.

Estudio 5

- Título: Vibration-Assisted Home Training Program for Children with Spinal Muscular Atrophy
- Autor y fecha: Starck C et al.; 2018
- Intervención: Programa de rehabilitación neuromuscular asistida por vibración durante 6 meses de intervalos de rehabilitación intensiva dirigida a objetivos alternando con vibración de cuerpo entero.
- Resultados: Mejora de función motora gruesa y movilidad funcional tras medición después de 6 y 12 meses.

Estudio 6

- Título: Diagnosis and management of spinal muscular atrophy: Part 1: Recommendations for diagnosis, rehabilitation, orthopedic and nutritional care.
- Autor y fecha: Mercuri E, et al.; 2018
- Intervención: El estudio muestra una revisión de artículos y en concreto uno en el que se clasifica a los pacientes en pacientes que no consiguen la sedestación, aquellos que sí la consiguen y otros que caminan.
- Resultados: Dependiendo de las características de los pacientes se recomiendan técnicas de posicionamiento articular, stretching mediante el uso de técnicas activo-asistidas y pasivas, ejercicio aeróbico y de acondicionamiento general (marcha, ciclismo, hidroterapia, hipoterapia…) y fisioterapia respiratoria.

Estudio 7

- Título: Physical exercise training for type 3 spinal muscular atrophy (review).
- Autor y fecha: Bartels B et al.; 2019.
- Intervención: Realizan revisión de entrenamiento mediante ejercicio físico en pacientes AME tipo 3.
- Resultados: El entrenamiento no tuvo efectos estadísticamente significativos sobre la fatiga y la calidad de vida, pero sí sobre la fuerza muscular donde hubo una leve mejoría y también una mejora en 3 puntos en la escala Hammersmith.

Conclusiones

Se ha encontrado gran variabilidad de técnicas que se pueden aplicar y que tienen beneficios en los pacientes con AME. Las sesiones regulares de fisioterapia pueden influir en la trayectoria de la progresión. Considero que se necesitan más estudios con grupo control aleatorizado y mayor número de participantes, para poder establecer diferentes protocolos fisioterápicos.

Bibliografía

1. Mercuri E, Finkel RS, Muntoni F, et al. Diagnosis and management of spinal muscular atrophy: Part 1: Recommendations for diagnosis, rehabilitation, orthopedic and nutritional care. Neuromuscul Disord. 2018 Feb;28(2):103-115.

ISBN: 978-84-949197-6-3

2. Starck C, Duran I, et al. Vibration-Assisted Home Training Program for Children with Spinal Muscular Atrophy. Child Neurol Open. 2018;5: 2329048X18780477.

3. Lewelt A1, Krosschell KJ, et al. Resistance strength training exercise in children with spinal muscular atrophy. Muscle Nerve. 2015 Oct;52(4):559-67.

4. Salem Y, Gropack SJ. Aquatic therapy for a child with type III spinal muscular atrophy: a case report. Phys Occup Ther Pediatr. 2010 Nov;30(4):313-24.

Capítulo 128

Gastrosquisis en recién nacido. Caso clínico

Martínez Sánchez, María del Carmen

Giménez de los Galanes Cejudo, Gema

Crespo González, Elena

GASTROSQUISIS EN RECIÉN NACIDO: CASO CLÍNICO.

INTRODUCCIÓN

La gastrosquisis es un defecto congénito que consiste en la eventración del contenido abdominal a través de la pared abdominal sin involucrar el cordón umbilical. Por lo general, se encuentra localizado a la derecha del cordón umbilical. La gastrosquisis es diagnosticada prenatalmente mediante ecografía en la 14a semana de gestación, en la que se aprecian asas intestinales flotando en el líquido amniótico. Así mismo, los niveles maternos de alfa-fetoproteína también se elevan.

La gastrosquisis, por lo general, presenta las siguientes características clínicas:

- Las vísceras herniadas son, comúnmente, el intestino delgado, en ocasiones el estómago y rara vez una porción del hígado.
- El paquete intestinal al no estar protegido por el peritoneo está irritado por el líquido amniótico, y la mala circulación intestinal da lugar a inflamación, engrosamiento y adherencias entre las asas intestinales.
- El diámetro del defecto de la pared es inferior a 4cm. Se localiza hacia la derecha del cordón umbilical, aunque existen algunos casos donde el defecto está a la izquierda.

OBSERVACION CLINICA

Recién nacido varón de 36+4 semanas de gestación que ingresa procedente de paritorio por cesárea urgente por parto en curso y diagnóstico prenatal de gastrosquisis.
Nace sin esfuerzo respiratorio, se administra VMNI y se traslada a UCIN con BIPAP: Apgar 7/8.
En UCIN presenta marcado trabajo respiratorio, polipnea por lo que se intuba con TET número 3. Se conecta a VMI en modalidad PSV+VG y FIO2 del 21%.Presenta eventración de instestino delgado y grueso paraumbilical.Las vísceras se envuelven en gasa estériles mojadas con SSF estéril caliente y en bolsa de poliuretano. Se canalizan dos vías periféricas por no poder canalizar vía central. Se inicia sueroterapia con glucosado al 10% que se cambia a glucosado al 7.5% por hiperglucemia.Se coloca SOG abierta a bolsa y se mantiene dieta absoluta. Se inicia tratamiento antibiótico pautado.Se contacta con UCI Neonatal del Hospital 12 de Octubre para cirugía urgente por lo que se realiza traslado.



PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

00046 DETERIORO DE INTEGRIDAD CUTANEA

NOC

1101 INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS

110104 Hidratación
110113 Integridad de la piel
110115 Lesiones cutáneas

NIC

3660 CUIDADOS DE LAS HERIDAS

- Anotar las características de la herida.
- Mojar en solución salina si procede.
- Atender el lugar de la incisión según sea necesario.
- Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.

3440 CUIDADOS DEL SITIO DE INCISION

- Observar si hay signos de infección en la incisión.
- Aplicar un vendaje adecuado para proteger la incisión.

6680 MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES

- Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio si procede.
- Observar periódicamente la temperatura, el color y la humedad de la piel.

00132 DOLOR AGUDO

NOC

01605 CONTROL DEL DOLOR
02100 NIVEL DE COMODIDAD

NIC

1400 MANEJO DEL DOLOR

- Observar claves no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.
- Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
- Controlar los factores ambientales que pueden influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos).

6482 MANEJO AMBIENTAL: CONFORT

- Evitar interrupciones innecesarias y permitir períodos de reposo.
- Ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda para la persona si fuera posible.
- Ajustar la iluminación de forma se adapte a las actividades de la persona, evitando la luz directa en los ojos.
- Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos en lo posible
- Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad

00024 PERFUSION TISULAR: GASTROINTESTINAL INEFECTIVA

NOC

0404 PERFUSIÓN TISULAR: ÓRGANOS ABDOMINALES

- Cuidados de la sonda gastrointestinal
- Manejo de la nutrición
- Monitorización de líquidos

0600 EQUILIBRIO ELECTROLÍTICO Y ÁCIDO-BASE

- Manejo ácido-base
- Manejo de líquidos

NIC

4180 MANEJO DE LA HIPOVOLEMIA

- Mantener vía IV permeable
- Comprobar el estado de líquidos, comprobando ingresos y egresos si procede
- Vigilar la pérdida de líquidos (hemorragias, vómitos, diarrea, transpiración y taquipnea)

1200 ADMINISTRACION DE LA NUTRICION PARENTERAL TOTAL

1080 SONDAJE GASTROINTESTINAL

00004 RIESGO DE INFECCIÓN

NOC

00204 CONSECUENCIA DE LA INMOVILIDAD. FISOLOGICOS

0020401 Úlceras por presión
0020405 Hipoactividad intestinal
0020406 Íleo paralítico
0020409 Fiebre

NIC

6550 PROTECCION CONTRA LAS INFECCIONES

- Observar signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
- Mantener las normas de asepsia para el paciente en riesgo.
- Realizar técnicas de aislamiento si es preciso
- Inspeccionar el estado de la incisión

6540 CONTROL DE INFECCIONES

- Utilizar jabón antimicrobiano para lavado de manos, si procede.
- Lavarse las manos antes y después de cada actividad con el paciente
- Usar guantes estériles, si procede
- Mantener ambiente aséptico mientras se cambia tubos y botellas de nutrición parenteral total
- Manipulación aséptica de todas las líneas IV
- Asegurar una técnica adecuada para los cuidados de heridas.

DISCUSION

La evidencia ultrasónica sugiere que la gastrosquisis se produce por una rotura probablemente isquémica de la pared paraumbilical, como consecuencia de la oclusión de la arteria onfalomesentérica durante la gestación.
Al nacimiento, tras su estabilización, la intervención debe realizarse lo antes posible porque el intestino expuesto induce a una mayor pérdida de líquido.
Un manejo adecuado reduce la posibilidad de complicaciones como son: síndrome compartimental, hipertensión intraabdominal, síndrome de dificultad respiratoria y sepsis de origen intestinal

CONCLUSIONES

Los avances recientes en el cuidado intensivo neonatal así como las técnicas quirúrgicas modernas han permitido llevar la supervivencia de estos pacientes en un 60/90% en los últimos años.
El diagnóstico prenatal permite que la futura madre sea remitida a un centro de atención especializada donde una cesárea pueda realizarse cuando el embarazo esté a término y luego realizar la cirugía reparadora.
En nuestro caso clínico al ser un parto prematuro nació en un centro sin cirugía pediátrica. En conclusión se desprende la importancia del conocimiento de técnicas de mantenimiento de esas vísceras eventradas para que se pueda trasladar en condiciones óptimas para evitar complicaciones y poder ser intervenido lo antes posible.

Castilla-La Mancha
sescam
Hospital General Universitario de Ciudad Real
Gerencia Atención Integrada

Resumen: *La gastrosquisis es un defecto congénito de la pared abdominal, localizado al lado del cordón umbilical pero que no involucra el cordón. El recién nacido presenta los intestinos que protruyen a través del defecto, sin saco protector presente. Los neonatos que nacen con gastrosquisis están sujetos a complicaciones importantes y precisan ser intervenidos en la mayor brevedad posible.*

El caso clínico que se nos presenta está basado en el proceso de atención de un recién nacido prematuro con gastrosquisis para su estabilización inmediata al nacimiento, y transporte al hospital de referencia dotado de servicio de cirugía pediátrica.

Palabras Clave: *Gastrosquisis (D020139); sepsis (d018805); recién nacido prematuro (d007234).*

Introducción

La gastrosquisis es un defecto congénito que consiste en la eventración del contenido abdominal a través de la pared abdominal sin involucrar el cordón umbilical. Por lo general, se encuentra localizado a la derecha del cordón umbilical. La gastrosquisis es diagnosticada prenatalmente mediante ecografía en la 14a semana de gestación, en la que se aprecian asas intestinales flotando en el líquido amniótico. Así mismo, los niveles maternos de alfafetoproteína también se elevan.

La gastrosquisis, por lo general, presenta las siguientes características clínicas:

- Las vísceras herniadas son, comúnmente, el intestino delgado, en ocasiones el estómago y rara vez una porción del hígado.
- El paquete intestinal al no estar protegido por el peritoneo está irritado por el liquido amniótico, y la mala circulación intestinal da lugar a inflamación, engrosamiento y adherencias entre las asas intestinales.
- El diámetro del defecto de la pared es inferior a 4cm. Se localiza hacía la derecha del cordón umbilical, aunque existen algunos casos donde el defecto está a la izquierda.

Observación clínica

Recién nacido varón de 36+4 semanas de gestación que ingresa procedente de paritorio por cesárea urgente por parto en curso y diagnóstico prenatal de gastrosquisis.

Nace sin esfuerzo respiratorio, se administra VMNI y se traslada a UCIN con BIPAP. Apgar 7/8. En UCIN presenta marcado trabajo respiratorio, polipnea por lo que se intuba con TET número 3. Se conecta a VMI en modalidad PSV+VG y FiO2 del 21 %.Presenta eventración de instestino

delgado y grueso paraumbilicalLas vísceras se envuelven en gasa estériles mojadas con SSF estéril caliente y en bolsa de poliuretano, Se canalizan dos vías periféricas por no poder canalizar vía central. Se inicia sueroterapia con glucosado al 10% que se cambia a glucosado al 7.5 % por hiperglucemia.Se coloca SOG abierta a bolsa y se mantiene dieta absoluta. Se inicia tratamiento antibiótico pautado.Se contacta con UCI Neonatal del Hospital 12 de Octubre para cirugía urgente por lo que se realiza traslado.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Plan de cuidados enfermero

- 00046 Deterioro de integridad cutánea.

  NOC: 1101 Integridad tisular: Piel y membranas mucosas.

  NIC: 3660 Cuidados de las heridas.

  3440 Cuidados del sitio de incisión.

  6680 Monitorización de los signos vitales.

- 00132 Dolor agudo.

  NOC: 01605 Control del dolor.

  02100 Nivel de comodidad.

  NIC: 1400 Manejo del dolor.

  6482 Manejo ambiental: Confort.

- 00024 Perfusión tisular: Gastrointestinal inefectiva.

  NOC: 0404 Perfusión tisular: Órganos abdominales.

  0600 Equilibrio electrolítico y ácido-base,

  NIC: 4180 Manejo de la hipovolemia.

  1200 Administración de la nutricion parenteral total.

  1080 Sondaje gastrointestinal.

- 00004 Riesgo de infección.

  NOC: 00204 Consecuencia de la inmovilidad. Fisológicos.

  NIC: 6550 Protección contra las infecciones.

  6540 Control de infecciones.

Discusión

La evidencia ultrasónica sugiere que la gastrosquisis se produce por una rotura probablemente isquémica de la pared paraumbilical, como consecuencia de la oclusión de la arteria onfalomesentérica durante la gestación.

Al nacimiento, tras su estabilización, la intervención debe realizarse lo antes posible porque el intestino expuesto induce a una mayor pérdida de líquido.

Un manejo adecuado reduce la posibilidad de complicaciones como son: síndrome compartimental, hipertensión intraabdominal, síndrome de dificultad respiratoria y sepsis de origen intestinal.

Conclusiones

Los avances recientes en el cuidado intensivo neonatal así como las técnicas quirúrgicas modernas han permitido llevar la supervivencia de estos pacientes en un 60/90% en los últimos años.

El diagnóstico prenatal permite que la futura madre sea remitida a un centro de atención especializada donde una cesárea pueda realizarse cuando el embarazo esté a término y luego realizar la cirugía reparadora.

En nuestro caso clínico al ser un parto prematuro nació en un centro sin cirugía pediátrica. En conclusión se desprende la importancia del conocimiento de técnicas de mantenimiento de esas vísceras eventradas para que se pueda trasladar en condiciones óptimas para evitar complicaciones y poder ser intervenido lo antes posible.

Bibliografía

1. Iglesias EA, Fernández Calvo F, Recio Pascual V, Patología Umbilical Frecuente. En: Junta Directiva de la Sociedad Española de Neonatología (SEN), 2ª Edición. Asociación española de Pediatría: Neonatología Protocolos AEP; 2008: 398-404.
2. NANDA Internacional Diagnósticos enfermeros. Definiciones y Clasificación, 2015-2017 Madrid: Elsevier; 2016.
3. María Dolores González González. Alteraciones congénitas de la pared abdominal en los neonatos: Gastrosquisis. Apropósito de un caso. Murcia, a 20 de febrero de 2014. Facultad de Enfermería.

Capítulo 129

Glomerulonefritis aguda postinfecciosa en paciente pediátrico: A propósito de un caso

Álvarez Paniagua, Sonia

Arranz García, Andrea

GLOMERULONEFRITIS AGUDA POSTINFECCIOSA EN PACIENTE PEDIÁTRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

INTRODUCCIÓN



La glomerulonefritis aguda postinfecciosa (GNAPI) es una lesión inflamatoria de predominio glomerular y de patogenia inmune desencadenada en el 85% de los casos por una infección faríngea por Streptococcus pyogenes β-hemolítico del grupo A. Por ello, esta entidad también es conocida como glomerulonefritis aguda postestreptocócica. Es una enfermedad propia de la edad infantojuvenil siendo los niños entre 4 y 14 años los más frecuentemente afectados.

La presentación clínica más característica en los niños es el síndrome nefrítico agudo que se define por la aparición brusca de hematuria, edemas, hipertensión, proteinuria moderada y oliguria con deterioro de la función renal en grado variable.

Presenta una distribución estacional siendo más frecuente durante el invierno.

OBSERVACIÓN CLÍNICA





Niño de 7 años que acude a urgencias pediátricas derivado por su pediatra de atención primaria por hipertensión, hematuria y edema de párpados y miembros inferiores. Antecedente de cuadro catarral la semana previa. A su llegada consciente, orientado y colaborador. Buen estado general. Afebril. Normocoloreado. No dificultad respiratoria. No oliguria. Se canaliza vía venosa periférica y se extrae hemograma, bioquímica y se realiza estudio inmunológico y microbiológico. Asimismo, se recoge sistemático y sedimento de orina y frotis faríngeo. Los resultados de la analítica indican un hemograma normal, bioquímica con aumento de creatinina y urea y proteinograma normal. El análisis de orina muestra hematuria pero no proteinuria. Asimismo, serología frente citomegalovirus, hepatitis B y C, VIH negativos, el estudio inmunológico revela una disminución de la fracción C3 del complemento y el estudio microbiológico revela un ASLO aumentado pero el resto sin alteraciones significativas.

Se ingresa en planta de pediatría y se inicia tratamiento de soporte. Se restringen los líquidos a 400ml/m2/día y se inicia tratamiento con furosemida oral (3mg/kg/día, cada 8 horas). Se realiza un riguroso control de tensión y ante persistencia de hipertensión se añade antihipertensivo.

PLAN DE CUIDADOS		
NANDA	**NOC**	**NIC**
Exceso de volumen de líquidos (00026)	Función renal (0504)	Manejo delíquidos/electrolitos (2080)
	Equilibrio hídrico (0601)	Monitorización líquidos (4130)
Intolerancia a la actividad (00092)	Tolerancia de la actividad (0005)	Fomento de los mecanismos corporales (0140)
Temor (00148)	Nivel de miedo (1210)	Escucha activa (4920)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES



Se debe sospechar una GNAPI ante un cuadro de síndrome nefrítico agudo con hematuria, proteinuria variable, edema e hipertensión arterial. Suele existir el antecedente de una infección faríngea hace 1-2 semanas.

Es de vital importancia vigilar la aparición de posibles complicaciones tales como edema agudo de pulmón, insuficiencia cardiaca congestiva o encefalopatía hipertensiva.

No hay un tratamiento específico. El tratamiento es de soporte dirigido fundamentalmente a las complicaciones por sobrecarga de volumen (edema e hipertensión)

En la mayoría de casos, en concreto en la edad pediátrica, tienen un pronóstico excelente y hay una resolución espontánea, precoz, progresiva y total.

Resumen: *La glomerulonefritis aguda postinfecciosa (GNAPI) es una lesión inflamatoria desencadenada en el 85 % de los casos por una infección faríngea por Streptococcus pyogenes β-hemolítico del grupo A. Suele afectar a niños de entre 4 y 14 años. Se debe sospechar una GNAPI ante un cuadro de síndrome nefrítico agudo con hematuria, proteinuria variable, edema e hipertensión arterial. Suele existir el antecedente de una infección faríngea hace 1-2 semanas. Presentamos un caso clínico de un niño de 7 años con GNAPI, donde se elabora un plan de cuidados de enfermería según la taxonomía NANDA.*

Palabras Clave: *Glomerulonefritis; pediatría; atención de enfermería.*

Introducción

La glomerulonefritis aguda postinfecciosa (GNAPI) es una lesión inflamatoria de predominio glomerular y de patogenia inmune desencadenada en el 85% de los casos por una infección faríngea por Streptococcus pyogenes β-hemolítico del grupo A. Por ello, esta entidad también es conocida como glomerulonefritis aguda postestreptocócica. Es una enfermedad propia de la edad infantojuvenil siendo los niños entre 4 y 14 años los más frecuentemente afectados.

La presentación clínica más característica en los niños es el síndrome nefrítico agudo que se define por la aparición brusca de hematuria, edemas, hipertensión, proteinuria moderada y oliguria con deterioro de la función renal en grado variable.

Presenta una distribución estacional siendo más frecuente durante el invierno.

Observación clínica

Niño de 7 años que acude a urgencias pediátricas derivado por su pediatra de atención primaria por hipertensión, hematuria y edema de párpados y miembros inferiores. Antecedente de cuadro catarral la semana previa. A su llegada consciente, orientado y colaborador. Buen estado general. Afebril. Normocoloreado. No dificultad respiratoria. No oliguria. Se canaliza vía venosa periférica y se extrae hemograma, bioquímica y se realiza estudio inmunológico y microbiológico. Asimismo, se recoge sistemático y sedimento de orina y frotis faríngeo. Los resultados de la analítica indican un hemograma normal, bioquímica con aumento de creatinina y urea y proteinograma normal. El análisis de orina muestra hematuria pero no proteinuria. Asimismo, serología frente citomegalovirus, hepatitis B y C, VIH negativos, el estudio inmunológico revela una disminución de la fracción C3 del complemento y el estudio microbiológico revela un ASLO aumentado pero el resto sin alteraciones significativas.

Se ingresa en planta de pediatría y se inicia tratamiento de soporte. Se restringen los líquidos a 400ml/m2/día y se inicia tratamiento con furosemida oral (3mg/kg/día, cada 8 horas). Se realiza un riguroso control de tensión y ante persistencia de hipertensión se añade antihipertensivo.

Plan de cuidados

Se establecen los principales diagnósticos enfermeros:

-00026 Exceso de volumen de líquidos.

ISBN: 978-84-949197-6-3

NOC: 0504 Función renal.

0601 Equilibrio hídrico.

NIC: 2080 Manejo de líquidos/electrolitos.

4130 Monitorización líquidos.

-00092 Intolerancia a la actividad.

NOC: 0005 Tolerancia de la actividad.

NIC: 0140 Fomento de los mecanismos corporales.

-00148 Temor.

NOC: 1210 Nivel de miedo.

NIC: 4920 Escucha activa.

Discusión y conclusiones

Se debe sospechar una GNAPI ante un cuadro de síndrome nefrítico agudo con hematuria, proteinuria variable, edema e hipertensión arterial. Suele existir el antecedente de una infección faríngea hace 1-2 semanas.

Es de vital importancia vigilar la aparición de posibles complicaciones tales como edema agudo de pulmón, insuficiencia cardiaca congestiva o encefalopatía hipertensiva.

No hay un tratamiento específico. El tratamiento es de soporte dirigido fundamentalmente a las complicaciones por sobrecarga de volumen (edema e hipertensión).

En la mayoría de casos, en concreto en la edad pediátrica, tienen un pronóstico excelente y hay una resolución espontánea, precoz, progresiva y total.

Bibliografía

1. Gordillo G, Rodríguez-Soriano J. Glomerulonefritis. En: Cruz Hernández M. Manual de Pediatría Volumen II. 3ªedición. Madrid: Ergon; 2013. p.931-33.
2. Ahn SY, Ingulli E. Acute poststreptococcal glomerulonephritis: an update. Curr Opin Pediatr. 2008; 20:157-62.
3. Herdman TH, editor. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. Madrid: Elsevier; 2010.
4. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editores. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
5. Bulecheck GM, Butcher HK, McCloskey- Dochterman J, editores. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ªed. Madrid: Elsevier; 2009..

Capítulo 130

Grado de educación para la salud en pacientes en hemodiálisis portadores de FAVI

Rodríguez Romero, Victoria

Santiago Galindo, Cristina

Daimiel Lillo, Marta

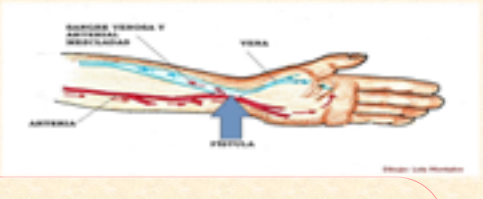
GRADO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS PORTADORES DE FAVI

Introducción:

El tratamiento de hemodiálisis (HD) consiste en dializar la sangre a través de una máquina que hace circular la sangre desde una arteria del paciente hacia el filtro de diálisis o dializador en el que las sustancias tóxicas de la sangre se difunden en el líquido de diálisis; la sangre libre de toxinas vuelve luego al organismo a través de una vena canulada. Para este tratamiento es necesario la realización de una fistula arterio-venosa **(FAVI)** que es una **comunicación entre una arteria y una vena**, con la finalidad de obtener un acceso para realizar la HD con un buen flujo de sangre. Es necesario una educación para el mantenimiento y cuidado de esta.

Objetivo:

Conocer el grado de conocimiento subjetivo y objetivo que posee el paciente crónico con FAVI en HD de la clínica Asyter Puertollano (Ciudad Real).



Material y Métodos:

Se realiza 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 portadores de FAVI que son 16 pacientes durante el mes de Febrero a Marzo del 2019.

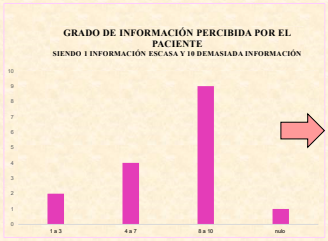
Para la recogida de datos se ha realizado individualmente un cuestionario sencillo de elaboración propia por 11 preguntas, entre las que se preguntó sí se puede tomar la TA en el brazo de la FAVI, si se puede acostar sobre ese brazo, si pueden coger peso o si se puede poner pulseras o relojes apretadas.

Para el tratamiento de los datos se utiliza estadística descriptiva (Media, Mediana y Moda). Los cálculos se realizan con el programa Microsoft Office Excel 2016.

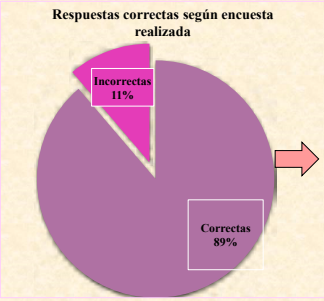
Resultados:



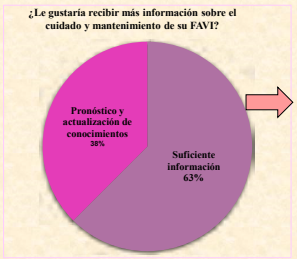
De los 33 pacientes analizados, el 52% (17 pacientes) tienen catéter mientras que el **48%** (!6 pacientes) son **portadores de una FAVI**



Grado de información percibido por el paciente de forma subjetiva tenemos que 2 pacientes opinan que tiene un **grado bajo de conocimiento** sobre la FAVI y su cuidados (**12.5%**); 3 pacientes con **grado medio** (**18.75%**) y 9 pacientes con **grado alto de conocimiento** (**56.26%**). Un paciente se ha abstenido de contestar esta pregunta (6.25%)



Los pacientes poseen un **alto grado de conocimiento** sobre la FAVI, sus cuidados y manteamiento. El **89%** del las respuesta han sido **correctas**, mientras que solo un **11%** han sido **erróneas** o no se han contestado.



Un **62%** (10 pacientes) consideran que tienen **información suficiente** para el cuidado y manteamiento de su FAVI, mientras que el **38%** (6 pacientes) sí **les gustaría recibir mas información** son respecto al pronóstico y a la actualización de conocimientos respecto a su FAVI

Conclusiones:

Hemos observado que los pacientes de la Clínica Asyter de Puertollano tienen un **alto grado de conocimientos**, así como un aprendizaje eficaz sobre el cuidado y mantenimiento de la FAVI, del hábito diario de higiene e hidratación y de las posibles complicaciones que podrían surgir.

Por otro lado, son pacientes crónico en su mayoría, por lo cuál tienen varios años de experiencia para su cuidado y mantenimiento diario, pero podríamos resaltar que **varios pacientes les gustaría seguir recibiendo información respecto al pronóstico y actualización del cuidado de la FAVI.**

Resumen: *Conocer el grado de conocimiento subjetivo y objetivo que posee el paciente crónico con FAVI en HD de la clínica AsyterPuertollano (Ciudad Real).*

Palabras Clave: *Hemodialysis / Hemodiálisis; Education / Educación; Vascular Fistula/ Fístula Vascular.*

Introducción

El tratamiento de hemodiálisis (HD) consiste en dializar la sangre a través de una máquina que hace circular la sangre desde una arteria del paciente hacia el filtro de diálisis o dializador en el que las sustancias tóxicas de la sangre se difunden en el líquido de diálisis; la sangre libre de toxinas vuelve luego al organismo a través de una vena canulada. Para este tratamiento es necesario la realización de una fistula arterio-venosa (FAVI) que es una comunicación entre una arteria y una vena, con la finalidad de obtener un acceso para realizar la HD con un buen flujo de sangre. Es necesario una educación para el mantenimiento y cuidado de esta.

Material y método

- Se realiza 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 portadores de FAVI que son 16 pacientes durante el mes de Febrero a Marzo del 2019.
- Para la recogida de datos se ha realizado individualmente un cuestionario sencillo de elaboración propia por 11 preguntas, entre las que se preguntó sí se puede tomar la TA en el brazo de la FAVI, si se puede acostar sobre ese brazo, si pueden coger peso o si se puede poner pulseras o relojes apretadas.
- Para el tratamiento de los datos se utiliza estadística descriptiva (Media, Mediana y Moda). Los cálculos se realizan con el programa Microsoft Office Excel 2016.

Resultados

- De los 33 pacientes analizados, el 52 % (17 pacientes) tienen catéter mientras que el 48 % (16 pacientes) son portadores de una FAVI.
- Según el grado de información percibido por el paciente de forma subjetiva tenemos que 2 pacientes opinan que tiene un grado bajo de conocimiento sobre la FAVI y sus cuidados (12.5 %); 3 pacientes con grado medio (18.75 %) y 9 pacientes con grado alto de conocimiento (56.26 %). Un paciente se ha abstenido de contestar esta pregunta (6.25 %)
- Los pacientes poseen un alto grado de conocimiento sobre la FAVI, sus cuidados y manteamiento. El 89 % de las respuestas han sido correctas, mientras que solo un 11% han sido erróneas o no se han contestado.
- Un 62 % (10 pacientes) consideran que tienen información suficiente para el cuidado y manteamiento de su FAVI, mientras que el 38 % (6 pacientes) sí les gustaría recibir más información son respecto al pronóstico y a la actualización de conocimientos respecto a su FAVI.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Conclusiones

Hemos observado que los pacientes de la Clínica Asyter de Puertollano tienen un alto grado de conocimientos, así como un aprendizaje eficaz sobre el cuidado y mantenimiento de la FAVI, del hábito diario de higiene e hidratación y de las posibles complicaciones que podrían surgir. Por otro lado, son pacientes crónicos en su mayoría, por lo cual tienen varios años de experiencia para su cuidado y mantenimiento diario, pero podríamos resaltar que varios pacientes les gustarían seguir recibiendo información respecto al pronóstico y actualización del cuidado de la FAVI.

Bibliografía

1. Pereira-Rodríguez J, Boada-Morales L, et al. Diálisis y Hemodiálisis, una revisión actual según la actual. Colombia. 2009.
2. Arrieta J, Fernández-Rivera C, et al. Sociedad Española de Nefrología. Guías de Acceso vascular en Hemodiálisis. España. 2014.

Capítulo 131

Hábitos alimentarios en pacientes crónicos que recogen medicación en farmacia hospitalaria

Martínez Morago, María del Rosario
Moreno Cortés, Juan José
Becerra Cañas, Ana Victoria
Castellanos Moreno, Almudena
Rubio Caravaca, Herminia
Couque Hernández, María del Pilar

Hábitos alimentarios en pacientes crónicos que recogen medicación en Farmacia Hospitalaria

INTRODUCCIÓN

La alimentación ers una parte integrante de un estilo de vida saludable. Una buena alimentación es fundamental para el organismo. En todas las patologías la nutrición siempre incide de una manera directa o indirecta.

OBJETIVO

Conocer los hábitos alimentarios de los pacientes que acuden a la Consulta de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos(CAFPE).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal, prospectivo y descriptivo en la CAFPE del Servicio de Farmacia (SF) durante 5 días seguidos en Abril de 2019. Se incluyen a todos los pacientes con enfermedades crónicas que acuden al SF a recoger medicación. Con el consentimiento de los pacientes se realiza una encuesta sobre la frecuencia de consumo de alimentos [carne, pescado, huevos, legumbres, frutas-verduras, lácteos, toma de refrescos-vino-cerveza, grasa con la que se suele cocinar].y la realización de ejercicio físico. Además, se registraron datos demográficos (sexo y edad) y otros datos sobre el fármaco dispensado tipo de fármaco (biológico o no), vía de administración (oral, subcutánea (SC), intramuscular (IM) o inhalatoria (INH), patología (autoinmune o no). Los datos se analizan con SPSS v.21,

RESULTADOS

30 pacientes (23 mujeres -76,7%-)

Edad media ± desviación estándar (DE) = 50,5 años (mín: 9, máx: 86)

15 pacientes (50%) con f. biológicos de administración IM o SC. (14 pac -46,7%) con enf. Autoinmune.	**14 pacientes (46,7%) con fármacos orales**	**1 paciente (3,3%) con fármaco INH**

n.º días en semana que :	MEDIA	DE
Comen CARNE	3,9	1,8
Comen PESCADO	2,1	1
Comen HUEVOS	3,6	2
Comen LEGUMBRES	2,3	1,7
Beben refrescos, vino y/o cerveza	1,8	2,5

GRASAS CON LA QUE COCINAN:

Tipo	N	%
Aceite de oliva	27	90
Aceite de girasol	1	3,3%
Aceites de oliva y girasol	1	3,3%
Mantequilla	1	3,3%

***Media comidas al día*: 4 (DE= 1,1)**

Consumo de :	n.º pac (%)	MEDIA (al día)	DE
FRUTAS - VERDURAS	29 (96,7%)	3,1	1,9
LÁCTEOS	27 (90%)	2,3	2

EJERCICIO FÍSICO 	n.º pac (%)	MEDIA (semanal)	DE
	15 (50 %)	1,9	2,5

CONCLUSIONES

- En la población encuestada predomina el consumo de carne.
- El consumo de fruta y verdura es inferior al aconsejado (5 piezas diarias).
- Casi todos consumen lácteos diariamente, pero por debajo de lo recomendado (3-4 porciones diarias).
- La grasa utilizada mayoritariamente para el cocinado de alimentos es aceite de oliva.
- El consumo de bebidas refrescantes y alcohólicas se ciñe a los fines de semana principalmente.
- Respecto al ejercicio físico, solo la mitad realiza algún tipo de actividad física.

Nuestros pacientes tienen buenos hábitos alimentarios en general, pero con posibles mejoras. Desde la CAFPE podemos promover estilos de vida saludables durante el acto de la dispensación de fármacos.

Conflictos de interés: Ninguno.

Ciudad Real, 28-30 de mayo de 2019

Resumen: *La alimentación es una parte integrante de un estilo de vida saludable. En todas las patologías la nutrición siempre incide de una manera directa o indirecta.*

Estudio transversal, prospectivo y descriptivo en la CAFPE del Servicio de Farmacia (SF) en abril 2019.

Se incluyen a todos los pacientes con enfermedades crónicas que acuden al SF a recoger medicación.Se realiza una encuesta sobre la frecuencia de consumo de alimentos y la realización de ejercicio físico. Además, se registraron datos demográficos y otros datos sobre el fármaco dispensado tipo de fármaco (biológico o no), vía de administración , patología (autoinmune o no).

Palabras Clave: *Chronic-disease,; hospital pharmacy service; food habits.*

Introducción

La enfermedad provoca con frecuencia cambios que dificultan la capacodad de alimentarnos. Existen varios facotres que pueden conducir a un deterioro progresivo del estado nutricional (teniendo en cuenta que, en general, con la enfermedad aumentan las necesidades de nutrientes), lo cual repercutiría desfavorablemente sobre la evolución y la curación de dicha enfermedad: falta de apetito, dificultad para masticar o deglutir, alteraciones del tránsito digestivo, presencia de infecciones, tratamientos con dietas que obliguen a multiples restricciones alimentarias.

Por esto, es importante que los profesionales de la salud vigilen la posible aparición de malnutrición, identifiquen cuáles son sus causas y decidan qué tipo de intervención nutricional es la más adecuada para cada paciente.

Conseguir un adecuado estado nutricional en cualquier paciente es prioritario para lograr una evolución favorable de su enfermedad y que mejore su calidad de vida.

El objetivo de este estudio es ver la importancia que tiene una buena alimentación y demostrar que tiene un papel muy importante para prevenir enfermedades y la mejora de las patologías crónicas

Material y método

Se diseñó un estudio tranversal, prospectivo y descriptivo el mes de abril de 2019 en la consulta de Atención Farmaceútica del Servicio de Farmacia. Se incluyeron todos los paciente que vinieron ese mes a consulta y dieron su consentimiento para realizar el cuestionario.

Realizamos una encuesta sobre el numero de días que consumen los distintos tipos de alimentos (carne, pescado, frutas, verduras, huevos, legumbres, cantidad de refrescos vino y cerveza que toman diariamente y el tipo de grasa con la que cocinan). En la encuesta también se les preguntó con qué frecuencia realizan ejercicio físico.

Las encuestas se realizaron durante la dispensación de medicación por parte del personal de enfermería del Servicio de Farmacia previo a firma de consentimiento informado del paciente. Los datos se analizan con SPSS v. 21.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Resultados

Se encuestaron 30 pacientes (23 mujeres -76,7%-), mediana de edad 50,5 años (min:9, máx: 86). El 50% de los fármacos dispensados eran medicamentos biológicos (15), de administración SC o IM, para enfermedades autoinmunes en 46,7% de los pacientes (14). El resto de los fármacos, todos orales (14 -46,7%-), excepto 1 (3,3%) por vía INH.

Los datos obtenidos de la encuesta fueron los siguientes:

- Media de comidas al día: 4 días. Desviación estándar (DE): 1,1 días.
- nº de días a la semana que comen carne: media: 3,9 días DE: 1,8 días.
- nº de días a la semana que comen pescado: media 2,1 días. DE: 1 días.
- nº de días a la semana que comen huevos: media 3,6 días. DE: 2 días.
- nº de días a la semana que comen legumbres: media 2,3 días DE: 1,7 días
- nº de pacientes que consumen diariamente fruta-verdura: 29 (96,7%).
- nº de piezas de fruta-verdura consumidas diariamente: media: 3,1 piezas. DE:1,9 piezas.
- nº de pacientes que consumen diariamente lácteos: 27 pacientes (90%).
- nº de porciones de lácteos consumidos diariamente: media: 2,3 porciones DE: 2 porciones.
- nº de días a la semana de consumo de refrescos, vino, cerveza: media: 1,8 días DE: 2,5
- Grasa con la que cocinan: 27 pacientes (90%) aceite de oliva, 1 (3,3%) con aceites de oliva y de girasol, 1 (3,3%) solo con aceite de girasol y 1 (3,3%) solo con mantequilla.
- nº de pacientes que realizan algún tipo de ejercicio físico: 15 (50%), con una media semanal de ejercicio: 1,9 días DE: 2,5 días.

Conclusiones

En la población encuestada predomina el consumo de carne. El consumo de fruta y verdura es inferior al aconsejado (5 piezas diarias).

Casi todos consumen lácteos diariamente, pero por debajo de lo recomendado (3-4 porciones diarias). La grasa utilizada mayoritariamente para el cocinado de alimentos es aceite de oliva. El consumo de bebidas refrescantes y alcohólicas se ciñe a los fines de semana. Respecto al ejercicio físico, sólo la mitad realiza algún tipo de actividad física.

Nuestros pacientes impresionan tener buenos hábitos alimentarios en general, pero con posibles mejoras. Desde la CAFPE podemos promover estilos de vida saludable durante el acto de la dispensación de fármacos, lo que aportaría valor a la consulta de Atención Farmacéutica con el objetivo de conseguir mejores resultados en salud.

Bibliografía

1. hospitalmacarena.es [Internet]. Hospital Universitario Virgen Macarena. Consultado: Junio 2019. Disponible en: http://www.hospitalmacarena.es/ugc/ugc-endocrinologia-y-nutricion/endocriinfo/importancia-de-la-alimentaci%C3%B3n-en-la-enfermedad.html
2. Vaquero-Cristóbal, R. et al. Imagen corporal; revisión bibliográfica. Nutr Hosp. 2013;28(1):27-35
3. Smith, Melissa A et al. “Nutritional management of adults with inflammatory bowel disease: practical lessons from the available evidence.” Frontline gastroenterology vol. 3,3 (2012): 172-179

Capítulo 132

Hidratación y ejercicio físico

Moreno Trenado, Vanessa

Martín-Doimeadios Trujillo, Luis

Martínez Gómez, Jose Luis

Cervantes Torres, Laura

Gómez Gutiérrez, María José

HIDRATACIÓN Y EJERCICIO FÍSICO

INTRODUCCIÓN

El agua debe ser aportada en la dieta en cantidad suficiente a fin de que se mantenga el balance hídrico corporal. Las necesidades de líquido varían dependiendo de las condiciones físicas, conductuales y ambientales. Aproximadamente el 80% de la energía producida para la contracción muscular al realizar ejercicio físico se libera en forma de calor y nuestro organismo lo elimina a través de la sudoración provocando una importante pérdida de líquidos. Si no se reponen líquidos o la reposición no compensa la cantidad perdida, puede producirse un impacto negativo sobre la salud dando lugar a deshidratación o a un aumento de la temperatura corporal. Para llegar a los niveles adecuados de consumo de líquidos es necesario adquirir unos hábitos determinados e ingerir líquido tanto antes, como durante y después del ejercicio físico.

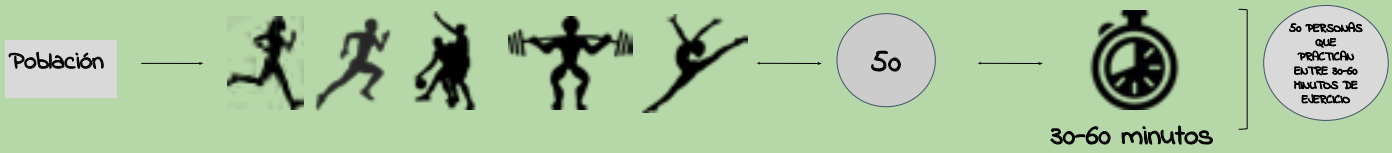
OBJETIVOS

- Establecer la distribución del consumo de líquidos al hacer ejercicio físico.
- Conocer el tipo de líquido que consumen al practicar ejercicio.
- Comprobar las creencias que tienen las personas que realizan ejercicio físico sobre la importancia de la hidratación.

PALABRAS CLAVE: Estado de hidratación del organismo,-ejercicio-deshidratación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para responder a los objetivos se ha llevado a cabo la realización de un estudio descriptivo transversal basado en una encuesta heteroadminsitrada y cumplimentada de forma totalmente anónima y voluntaria; respetando la confidencialidad de los datos conforme a las normas oficiales vigente de acuerdo a la Asociación Mundial Médica y la Declaración de Helsinki, no pone en conflicto ningún aspecto ético de los participantes. La encuesta consta de 10 preguntas cerradas:



Criterios exclusión/inclusión

- Personas que realicen menos de 30 minutos de ejercicio. Mayores de 60 años.
- Cualquier persona que realice entre 30 y 60 minutos de ejercicio físico regular y que tenga menos de 60 años.

Análisis: estadística descriptiva expresando los resultados en: frecuencia absoluta *(n)* y porcentaje *(%)*.

RESULTADOS

GRÁFICO 1: DISTRIBUCIÓN DEL CONSUMO DE LÍQUIDOS DURANTE EL EJERCICIO



GRÁFICO 2: TIPO DE LÍQUIDOS CONSUMIDOS DURANTE EL EJERCICIO

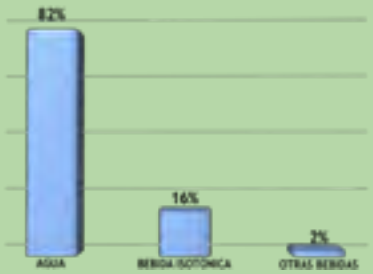


GRÁFICO 3: CREENCIAS SOBRE LA IMPORTANCIA DE HIDRATARSE AL PRACTICAR DEPORTE



CONCLUSIONES

Con los datos obtenidos del estudio realizado podemos extraer las siguientes conclusiones:

- Solo el **60%** de las personas encuestadas toma líquidos durante la realización de ejercicio físico, lo que supone que casi la mitad de la muestra no se hidrata a pesar de que los expertos aconsejan hacerlo en intervalos de 15-20 minutos para favorecer la termorregulación. Una mínima parte de la muestra *(14%)* afirma hidratarse antes de iniciar el ejercicio y únicamente un *24%* repone líquidos al finalizar, lo que constituye un riesgo para la salud de estas personas ya que aumenta el riesgo de deshidratación al no mantener correctamente el balance hídrico.
- El agua es el líquido elegido por prácticamente la mayoría de la muestra *(82%)* para hidratarse cuando realizan ejercicio físico y solo un *16%* eligen las bebidas isotónicas o deportivas.
- Casi totalidad de las personas estudiadas son conocedoras de lo necesario e importante que resulta una adecuada hidratación al practicar ejercicio tanto para la salud como para un óptimo rendimiento físico, así como los riesgos que supone la hipohidratación. El dato preocupante es que un *4%* de la muestra considera que no es importante la hidratación durante el ejercicio, coincidiendo esa parte de la muestra con las personas más jóvenes.

Resumen: *El consumo de agua es necesario para el metabolismo, las funciones fisiológicas normales y puede proporcionar minerales esenciales como el calcio, el magnesio y el flúor. Un estado óptimo de hidratación es fundamental para alcanzar un buen estado de salud y bienestar. Se debe prestar especial atención a los requerimientos de agua cuando se realiza ejercicio físico, ya que el balance hídrico puede verse afectado si no se ingiere agua antes, durante y después de su práctica pudiendo llegar a sufrir los efectos de la deshidratación.*

Palabras Clave: *Estado de hidratación del organismo; ejercicio físico; deshidratación.*

Introducción

El agua debe ser aportada en la dieta en cantidad suficiente a fin de que se mantenga el balance hídrico corporal. Las necesidades de líquido varían dependiendo de las condiciones físicas, conductuales y ambientales. Aproximadamente el 80% de la energía producida para la contracción muscular al realizar ejercicio físico se libera en forma de calor y nuestro organismo lo elimina a través de la sudoración provocando una importante pérdida de líquidos. Si no se reponen líquidos o la reposición no compensa la cantidad perdida, puede producirse un impacto negativo sobre la salud dando lugar a deshidratación o a un aumento de la temperatura corporal. Para llegar a los niveles adecuados de consumo de líquidos es necesario adquirir unos hábitos determinados e ingerir líquido tanto antes, como durante y después del ejercicio físico.

Objetivos

Los objetivos planteados para el estudio fueron:

- Establecer la distribución del consumo de líquidos al hacer ejercicio físico.
- Conocer el tipo de líquido que consumen al practicar ejercicio.
- Comprobar las creencias que tienen las personas que realizan ejercicio físico sobre la importancia de la hidratación.

Material y método

Para responder a los objetivos se ha llevado a cabo la realización de un estudio descriptivo transversal basado en una encuesta heteroadministrada y cumplimentada de forma totalmente anónima y voluntaria; respetando la confidencialidad de los datos conforme a las normas oficiales vigentes de acuerdo a la Asociación Mundial Médica y la Declaración de Helsinki, sin poner en conflicto ningún aspecto ético de los participantes. La encuesta consta de 10 preguntas cerradas con varias opciones de respuesta.

La población objetivo consistió en personas que realizan ejercicio físico regular con una duración mínima de 30-60 minutos. La muestra final resultó compuesta por 50 adultos, tanto hombres como mujeres, con edades comprendidas entre 18-57 año , que asisten regularmente a un centro deportivo. Quedaron excluidos de la muestra aquellas personas que realizaban menos de 30 minutos de ejercicio físico y los mayores de 60 años.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Resultados

El análisis de los resultados de la encuesta se realizó mediante analítica descriptiva expresando los resultados en frecuencia absoluta (n) y porcentaje, dando respuesta a los objetivos planteados con los datos expuestos a continuación.

En cuanto a la distribución del consumo de líquidos al practicar ejercicio físico; el 60 % se hidrata durante el ejercicio, un 24 % después de realizarlo, el 14 % antes de comenzar y un 2 % no se hidrata en ningún momento.

El líquido más consumido es el agua con un 82 % seguido de las bebidas isotónicas ingeridas por un 16 % de la muestra.

El 84 % de la muestra tienen creencias correctas sobre la importancia de hidratarse al practicar deporte y un 4 % no considera importante hidratarse.

Conclusiones

Con los datos obtenidos del estudio realizado podemos extraer las siguientes conclusiones:

- Solo el 60 % de las personas encuestadas toma líquidos durante la realización de ejercicio físico, lo que supone que casi la mitad de la muestra no se hidrata a pesar de que los expertos aconsejan hacerlo en intervalos de 15-20 minutos para favorecer la termorregulación. Una mínima parte de la muestra (14 %) afirma hidratarse antes de iniciar el ejercicio y únicamente un 24 % repone líquidos al finalizar, lo que constituye un riesgo para la salud de estas personas ya que aumenta el riesgo de deshidratación al no mantener correctamente el balance hídrico.
- El agua es el líquido elegido por prácticamente la mayoría de la muestra (82 %) para hidratarse cuando realizan ejercicio físico y solo un 16 % eligen las bebidas isotónicas o deportivas.
- Casi la totalidad de las personas estudiadas son conocedoras de lo necesario e importante que resulta una adecuada hidratación al practicar ejercicio tanto para la salud como para un óptimo rendimiento físico, así como los riesgos que supone la hipohidratación.

Bibliografía

1. European Food Safety Authority. La European Food Safety Authority (EFSA) publica nuevas recomendaciones para la ingesta de agua en humanos 2012. Disponible en línea: www.europeanhydrationinstitute.org.
2. Iglesias Rosado C, Villarino Marín AL, Polanco Allué I, Martínez JA, Gargallo M, Moreno Villares JM y cols. Importancia del agua en la hidratación de la población española: documento FESNAD 2010, Nutr Clin Diet Hosp 2011: 26(1):27-36.
3. Pérez Rodrigo C, Moya M, Varela Moreiras G, López Rocha A y cols. Agua, hidratación y salud: "La Declaración de Zaragoza". SENC y Observatorio de la Nutrición y Actividad Física 2008. Disponible en línea: http://www.nutricioncomunitaria.org/BDProtegidos/Declaracion_de_Zaragoza_Hidratacion_saludable_I_1216324770658.pdf.
4. Popkin BM, D´Anci KE y Rosenberg IH. Water, Hydration and Health, Nutr Rev. 2010; 68(8): 439–458. Disponible en línea: http://europepmc.org/articles/PMC2908954.

Capítulo 133

Hidroterapia en la esclerosis múltiple

García Domínguez, Pedro Javier

Resumen: *Se realiza tratamiento de hidroterapia a paciente de 39 años diagnosticada de esclerosis múltiple la cual sufre un brote que altera su marcha así como el equilibrio y le hace sufrir un cansancio generalizado. Los objetivos principales son trabajar el patrón de la marcha, mejorar el equilibrio y coordinación así como mejorar el esquema corporal global para facilitar las actividades de la vida diaria. La evolución de la paciente es favorable. Es interesante el uso de la hidroterapia como alternativa a otros tratamientos para hacer uso de las propiedades que nos ofrece el medio acuático.*

Palabras Clave: *Tratamiento; espasticidad; esclerosis múltiple.*

Introducción

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad neurológica de carácter progresivo que afecta a las fibras del sistema nervioso central. Es más frecuente en adultos jóvenes y en mujeres. Se produce por una desmielinización de las vainas que produce una comunicación de las neuronas menos eficaz o incluso inexistente.

Nuestro caso es una paciente de 39 años, diagnosticada de EM con 36 años, la cual hace 2 meses sufrió un brote de su patología, notando una alteración de la marcha así como del equilibrio y cansancio generalizado ante esfuerzos.

La hidroterapia es un método terapéutico en donde se emplean conocimientos fisioterapéuticos de rehabilitación y biomecánica en conjunto con diversas técnicas de tratamiento que sacan el mayor provecho de las propiedades que nos ofrece el medio acuático.

Observación clínica

Valoración y exploración física:

- Presenta espasticidad y rigidez en miembros inferiores.
- Marcha en bloque, sin disociar cintura pélvica, y sin apenas flexión de rodillas y caderas en la misma.
- Pérdida de equilibrio y coordinación en bipedestación.
- Ligera hipotonía en miembros superiores pero fuerza y rangos de movimiento conservados.

Antecedentes y signos de alerta:

- Madre de dos hijos pequeños los cuales lleva a menudo en brazos o empujando el carrito.
- Ante esfuerzos o caminatas largas hormigueo en miembros inferiores.
- Esguince de tobillo hace 3 meses del cual aún se resiente ante esfuerzos prolongados.

Plan de cuidados

Objetivos y tratamiento de fisioterapia:

- Trabajar el patrón de la marcha. Con una correcta alineación, marcando bien los gestos talón-punta, el balanceo de la cadera y brazos, transferencias de peso.

ISBN: 978-84-949197-6-3

- Disociación de cinturas.
- Trabajar la báscula pélvica sobre materiales de flotación.
- Mejorar el equilibrio y coordinación con distintas aberturas de piernas, sobre una sola pierna, con ojos cerrados, con desestabilizaciones…
- Mejorar la movilidad y flexibilidad global.
- Aumentar la fuerza de miembros superiores e inferiores aprovechando la resistencia que nos ofrece el medio acuático.
- Mejorar la capacidad funcional y autonomía, siendo facilitado todo por las propiedades del trabajo en el agua.
- Mejorar el esquema corporal así como la resistencia a los esfuerzos.
- Trabajar actividades de la vida diaria adaptadas al medio acuático.

Discusión

La evolución del paciente ha sido favorable, si bien hay que tener en cuenta que en el tratamiento de patologías neurológicas, en este caso esclerosis múltiple, pueden haber nuevos brotes, exacerbaciones… que ocasionen que el tratamiento siga un curso que no es previsible.

Aun así, hemos tras la valoración final, se observa una normalización del tono tanto de miembros superiores como inferiores. El patrón de marcha ha mejorado, tanto en el medio acuático como fuera de el, con una mayor flexión de cadera y rodillas y una gran mejora de la disociación de cinturas (pélvica y escapular).

El equilibrio y coordinación de movimientos también ha mejorado si bien es difícil mantener la posición con una sola pierna.

El paciente es capaz de realizar mayores esfuerzos sin llegar a la fatiga.

Conclusión

El medio acuático resulta muy interesante y es un medio a tener muy en cuenta desde un punto de vista rehabilitador, ya que sus propiedades pueden ser utilizadas para trabajar objetivos específicos dentro del tratamiento de pacientes con diferentes tipos de lesiones o patologías.

Se han observado resultados muy positivos en el uso de la hidroterapia en personas con esclerosis múltiple, tanto para el mantenimiento de un buen tono muscular, la mejora de la resistencia, la función respiratoria, mejora de los rangos de movimiento, de la calidad de vida e incluso desde un punto de vista psicológico, disminuyendo los niveles de estrés, ansiedad, depresión…

La posibilidad de ver que pueden realizar ejercicios o movimientos en el agua que no pueden hacer de manera habitual supone un estimulo y una motivación para seguir trabajando y no ceder en su lucha por mantener su calidad de vida.

Por todo ello, también es importante hacer ver a nuestros pacientes, no solo con esta patología, si no de manera global, la importancia del ejercicio físico y el movimiento, evitando caer en el sedentarismo y la rutina, y buscando cada día nuevas motivaciones que no les haga pensar constantemente

en sus limitaciones si no que son capaces de realizar todo lo que se propongan.

``Un poco más de persistencia, un poco más de esfuerzo, y lo que parecía irremediablemente un fracaso puede convertirse en un éxito glorioso´´. Elbert Hubbard.

Bibliografía

1. Ruiz D, Solar LA. Esclerosis múltiple. Revisión Bibliográfica. Rev Cubana Med Gen Integr. 2006; 22(2):6-15.
2. Castellano-del Castillo M, Lacasa-Andrade M, Hijós-Bitriána E, Mambrona-Giróna L, E. Sebastiá-Vigatá E, Vázquez-Sasota A. Efectividad de la rehabilitación en la esclerosis múltiple. Rehabilitación (Madr). 2014;48(1):46-53.
3. Pilutti LA, Platta ME, Motl RW, Latimer-Cheung AE. The safety of exercise training in multiple sclerosis: a systematic review. J Neurol Sci. 2014;343 (1-2):3-7.
4. Khan F, Amatya B. Rehabilitation in Multiple Sclerosis: A Systematic Review of Systematic Reviews. Arch Phys Med Rehabil. 2017;98 (2):353-367.

Capítulo 134

Higiene del recién nacido

Torres Gallego-Casilda, Consolación

Cabezalí Lozano, Ana María

Nuñez Mújica, Ana

Rubio Ocaña, Sergio

García-Cervigón Jaime, Miguela

HIGIENE DEL RECIÉN NACIDO

INTRODUCCIÓN

▪ Tras el parto, la piel del recién nacido *(RN)*, así como todos los sistemas de órganos, experimenta una adaptación progresiva al ambiente extrauterino.
▪Tradicionalmente, se ha venido realizando la higiene del RN de manera rutinaria, sin que exista evidencia científica de ello.
▪La higiene del RN incluye el aseo y los procedimientos encaminados al cuidado de la piel, los ojos, la boca, la nariz y el ombligo.
▪El baño no es un procedimiento inocuo como se ha creído durante mucho tiempo.

OBJETIVOS

▪ Realizar una revisión bibliográfica sobre las recomendaciones en la higiene del RN.
▪ Unificar criterios de actuación y cuidados en el aseo del recién nacido para garantizar unos cuidados seguros y de calidad.
▪ Desmontar falsos mitos y malas prácticas en el cuidado de la piel del RN.
▪ Exponer la necesidad de la individualización en los cuidados a la hora de la higiene.

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

< 28 SG
- 2 primeras semanas de vida: eliminar solo suciedad evidente con gasas empapadas en agua estéril templada.
- > 3 semanas de vida: aseo por partes (sin frotar)

SG: semanas de gestación.

28-32 SG
- Primeros días: solo eliminar suciedad visible con gasas empapadas en agua estéril templada.
- > 1 semana de vida: aseo por partes (sin frotar) con gasas empapadas en agua caliente. Alternativa: baño envuelto.

>32-34 SG*
- > 1 semana de vida
- Baño por inmersión (siempre que tenga estabilidad hemodinámica, respiratoria, térmica, no porten accesos venosos y nunca de forma rutinaria).

*En recién nacidos a término se actuará del mismo modo.

▪ El baño no es un procedimiento inocuo. ya que hay estudios que demuestran que ocasiona respuestas conductuales y fisiológicas adversas: hipotermia, estrés, inestabilidad de signos vitales, aumento del consumo de oxígeno e interrupción del comportamiento.
▪ El aseo del RN deberá adecuarse a la edad gestacional. En RN a término el primer baño se aconseja que se realice a la semana de vida, nunca antes de los 4 días del nacimiento, realizándose con una frecuencia de 3-4 días.
▪ Existe evidencia que recomienda realizar el lavado del cordón umbilical con agua y jabón y secado natural. Según la OMS (2004) no hay evidencia suficiente para recomendar el uso generalizado de antimicrobianos tópicos en el muñón umbilical. Estudios actuales, no recomiendan el uso de alcohol isopropílico en el cordón.
▪ No es aconsejable el uso de emolientes de forma generalizada; se puede aplicar hidratación en zonas puntuales y concretas. El uso de emolientes se asocia con aumento de infecciones nosocomiales (Staphylococos coagulasa negativa, etc) sobre todo en portadores de catéter venoso central. Muchos contienen excipientes perjudiciales.

CONCLUSIONES

▪ Los estudios revisados indican la necesidad de cambiar la rutina en la higiene del RN; ésta deberá individualizarse.
▪ La higiene del RN deberá satisfacer en todo momento y el confort y la seguridad del bebé.
▪ Existe evidencia consistente que no recomienda el uso generalizado de antimicrobianos tópicos, ni alcohol en el cuidado del cordón umbilical .
▪ No se aconseja el uso de emolientes de manera generalizada.
▪ 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: *El conocimiento acerca del cuidado de la piel como parte de la adaptación progresiva al medio neonatal ha crecido en los últimos diez años, siendo ahora el mismo menos agresivo y más eficaz. En el siguiente documento exponemos los avances más notables con respecto a la higiene de los recién nacido (RN), tanto a término como prematuros; siendo la frecuencia del baño, el uso de emolientes y el uso de antimicrobianos tópicos los factores que más se han estudiado.*

Palabras Clave: *Hygiene; infant; premature.*

Introducción

Tras el parto, la piel del recién nacido, así como todos los sistemas de órganos, experimenta una adaptación progresiva al ambiente extrauterino. Tradicionalmente, se ha venido realizando la higiene del recién nacido (RN) de manera rutinaria, sin que exista evidencia científica de ello.

La higiene del RN incluye el aseo y los procedimientos encaminados al cuidado de la piel, los ojos, la boca, la nariz y el ombligo.

El baño no es un procedimiento inocuo como se ha creído durante mucho tiempo; por eso es necesario conocer las últimas recomendaciones relacionadas con el baño y otros cuidados relacionados con la higiene del RN.

Objetivos

- Realizar una revisión bibliográfica sobre las recomendaciones en la higiene del RN.
- Unificar criterios de actuación y cuidados en el aseo del recién nacido para garantizar unos cuidados seguros y de calidad.
- Desmontar falsos mitos y malas prácticas en el cuidado de la piel del RN.
- Exponer la necesidad de la individualización en los cuidados a la hora de la higiene.

Material y método

- Diseño: Búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos, sin restricción de idioma ni tiempo.
- 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 baño no es un procedimiento inocuo ya que hay estudios que demuestran que ocasiona respuestas conductuales y fisiológicas adversas: hipotermia, estrés, inestabilidad de signos vitales, aumento del consumo de oxígeno e interrupción del comportamiento.

El aseo del RN deberá adecuarse a la edad gestacional:

- < 28 semanas de gestación (SG): durante las dos primeras semanas de vida se eliminará sólo suciedad evidente con gasas empapadas en agua estéril templada; después de este tiempo se podrá realizar el aseo por partes con gasas empapadas en agua caliente, sin frotar.

ISBN: 978-84-949197-6-3

- 28-32 SG: en los primeros días de vida se eliminará sólo la suciedad visible con gasas empapadas en agua estéril templada; tras la primera semana de vida se podrá realizar el aseo por partes con gasas empapadas en agua caliente, sin frotar. Una alternativa en este grupo de edad es el baño envuelto.
- >32-34 SG: el primer baño se realizará tras la primera semana de vida. El baño por inmersión se podrá realizar siempre que exista estabilidad hemodinámica, respiratoria, térmica, no porten accesos venosos y nunca de forma rutinaria.
- En RN a término el primer baño se aconseja que se realice a la semana de vida, nunca antes de los 4 días del nacimiento, realizándose con una frecuencia de 3-4 días.

Existe evidencia que recomienda realizar el lavado del cordón umbilical con agua y jabón y secado natural. Según la OMS (2004) no hay evidencia suficiente para recomendar el uso generalizado de antimicrobianos tópicos en el muñón umbilical. Estudios actuales no recomiendan el uso de alcohol isopropílico en el cordón.

No es aconsejable el uso de emolientes de forma generalizada; se puede aplicar hidratación en zonas puntuales y concretas. El uso de emolientes se asocia con aumento de infecciones nosocomiales (Staphylococos coagulasa negativa, etc) sobre todo en portadores de catéter venoso central. Muchos contienen excipientes perjudiciales.

Conclusiones

- Los estudios revisados indican la necesidad de cambiar la rutina en la higiene del RN, ésta deberá individualizarse.
- La higiene del RN deberá satisfacer en todo momento el confort y la seguridad del bebé.
- Existe evidencia consistente que no recomienda el uso generalizado de antimicrobianos tópicos, ni alcohol en el cuidado del cordón umbilical .
- No se aconseja el uso de emolientes de manera generalizada.
- 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. Kerry Hall. Practising developmentally supportive care during infant bathing: reducing stress through swaddle bathing. Infant. 2008;4(6):198-201.
2. Allwood M. Skin care guidelines for infants aged 23–30 weeks' gestation: a review of the literature. 2011;14(1):8.
3. Cleminson J, McGuire W. Topical emollient for preventing infection in preterm infants. Cochrane Neonatal Group, editor. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 29 de enero de 2016 [citado 7 de junio de 2019]; Disponible en: http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001150.pub3.
4. Sinha A, Sazawal S, Pradhan A, Ramji S, Opiyo N. Chlorhexidine skin or cord care for prevention of mortality and infections in neonates. Cochrane Neonatal Group, editor. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 5 de marzo de 2015 [citado 7 de junio de 2019]; Disponible en: http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007835.pub2.
5. Fernández D, Antolín-Rodríguez R. Bathing a Premature Infant in the Intensive Care Unit: A Systematic Review. J Pediatr Nurs. 2018; 42:e52-7.

Capítulo 135

Hiperpotasemia en pacientes en hemodiálisis

Gallego Tirado, Cristina

Ruiz Mendoza, Esperanza

Collado Lozano, Andrés

HIPERPOTASEMIA EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

Autores:

INTRODUCCIÓN

La hiperpotasemia es una complicación frecuente en la enfermedad renal crónica (ERC), debido a la disminución de la excreción de potasio (K).
La hiperpotasemia es la concentración sérica > 5,5 mM de K.
Tiene una mortalidad elevada si no se trata rápidamente.
El primer signo puede ser el paro cardíaco, por lo que es necesario un tratamiento urgente.

OBJETIVOS

- Conocer la gravedad de esta complicación.
- Aprender a reconocer sus síntomas.
- Actualizar conocimientos en nutrición en el paciente renal.
- Valorar medidas preventivas.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos como Medline, PubMed, Scielo y en revistas científicas.
Se han seleccionando los artículos de mayor relevancia.
Se excluyen artículos anteriores a 2010.

RESULTADOS

- Puede cursar sin síntomas o puede manifestarse con debilidad muscular, parálisis de la extremidades, arritmias e incluso parada cardiorespiratoria.

- La mayoría del cambio de K ocurre al inicio de la sesión de HD, ya que el gradiente de K entre sangre y el baño es mayor.

- En los controles mensuales, se observa que un 5-10% de los pacientes en hemodiálisis tienen hiperpotasemia (fig.1).

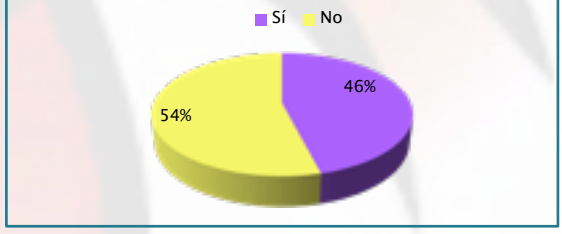
- El 24% de estos pacientes requiere una HD de urgencia.

- El 46-64% de los pacientes con K > 6 mM presenta alteraciones en ECG. Sin embargo también hay casos de pacientes con K> 9,0 mM y presentan un ECG normal pero es muy raro (fig. 2).

Fig. 1: Pacientes con hiperpotasemia



Fig. 2: Pacientes con cambios en el ECG



CONCLUSIONES

La hemodiálisis es el tratamiento definitivo, al eliminar el K de forma rápida.
El K de la dieta es absorbido inicialmente en el compartimento extracelular, de ahí la importancia de tener una **alimentación adecuada**.
Es importante controlar los niveles de K en sangre para prevenir dicha complicación, adaptando la dieta y añadiendo tratamiento preventivo cuando sea necesario.
La **educación sanitaria** es muy necesaria ya que la dieta es una parte fundamental del tratamiento.
Los alimentos más ricos en K son los **alimentos frescos como frutas y verduras crudas, legumbres y carnes rojas.**
Se recomienda realizar **doble cocción** de las verduras, cambiando el agua o dejar las patatas en remojo para retirar el potasio.

Resumen: *Los riñones tienen una función importante, mantener el equilibrio hidroelectrolítico y eliminar los productos de desecho a través de la orina. Entre estos productos de desecho se encuentran el potasio.*

Cuando los riñones fallan, no se produce orina y el nivel de potasio aumenta en sangre.

La hiperpotasemia es una de las complicaciones más frecuentes en la enfermedad renal crónica (ERC), tiene una mortalidad elevada si no se trata rápidamente.

Manteniendo una dieta adecuada se puede prevenir esta complicación.

Palabras Clave: *Hiperpotasemia; hemodiálisis; dieta.*

Introducción

Los pacientes con ERC presentan un alto riesgo de hiperpotasemia, ya que presentan una disminución de la excreción de potasio.

La hiperpotasemia en pacientes en hemodiálisis (HD) se define como la concentración sérica mayor de 5,5 mM.

Es una función fisiológica imprescindible la homeostasis del potasio (relación entre el potasio intracelular y el potasio extracelular), para determinar el potencial de la membrana celular. Pequeños cambios en su concentración tienen un gran impacto en los sistemas neuromusculares.

El potasio total en una persona de 70 kg es 3500 mmol aproximadamente. El 98 % se encuentra en el espacio intracelular y el 2 % en el espacio extracelular. El equilibrio del potasio se realiza mediante la excreción de potasio y cambios en el compartimiento intra-extracelular. La excreción potasio depende principalmente del riñón (90-95 %), y en segundo lugar de la excreción intestinal (5-10 %).

El potasio de la dieta es absorbido principalmente en el espacio extracelular, de ahí la importancia de evitar la hiperpotasemia.

Objetivos

- Conocer la gravedad de esta complicación.
- Aprender a reconocer sus síntomas.
- Actualizar conocimientos en nutrición en el paciente renal.
- Valorar medidas preventivas.

Material y método

Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos como Medline, PubMed, Scielo y en revistas científicas.

Se han seleccionando los artículos de mayor relevancia.

Se excluyen artículos anteriores a 2010.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Resultados

La hiperpotasemia puede cursar sin síntomas o puede presentarse con manifestaciones musculares (debilidad muscular, parálisis de las extremidades, incluso parada cardiorespiratoria), fatiga, palpitaciones, arritmias. Estos síntomas pueden aparecer de manera brusca, con riesgo para la vida del paciente.

Se ha demostrado que en los controles mensuales de análisis se encuentra hiperpotasemia en un 5-10 % de los pacientes en HD. El 24 % de los pacientes requiere una HD de urgencia, ya que es el tratamiento definitivo para la hiperpotasemia (la mayoría de la excreción de potasio ocurre al inicio de la sesión, cuando el gradiente de potasio entre la sangre y el baño es alto).

Al menos el 46-64 % de los pacientes con potasio mayor de 6 mM presenta algunas alteraciones en el electrocardiograma. Sin embargo, también hay casos de pacientes con hiperpotasemia grave mayor de 9,0 mM y presentan un electrocardiograma normal, pero es muy raro.

El potasio de la dieta es absorbido inicialmente en el compartimento extracelular, de ahí la importancia de tener una alimentación adecuada. La dieta es una parte fundamental del tratamiento de estos pacientes.

Los alimentos más ricos en potasio son los alimentos frescos como frutas y verduras crudas, las legumbres y la carne roja, se debe limitar su consumo.

También deben evitar el abuso de cítricos y plátanos (tienen un alto contenido de potasio), frutos secos, sales de régimen, ayunos prolongados y acidosis.

Es recomendable realizar una doble cocción de las verduras, cambiando el agua, o dejar las patatas en remojo, para retirar el potasio.

Las recomendaciones dietéticas de potasio son menos de 2 g/día equivalente a 50-60 mEq.

Conclusiones

La hemodiálisis es el tratamiento definitivo para tratar la hiperpotasemia, ya que elimina el potasio de forma rápida por medio de la membrana del dializador.

Para prevenir esta complicación de la ERC, es importante tener un buen control de los niveles de potasio en sangre realizando controles mensuales, adaptando la dieta y añadiendo tratamiento preventivo cuando sea necesario.

Es muy importante la educación sanitaria en estos pacientes, la prevención es la base para evitar esta complicación.

Bibliografía

1. Ocharan-Corcuera J. Manejo del potasio en hemodiálisis. Dial Traspl. 2011; 32 (1): 21-27.
2. Sarwar H, Brooke AM. Tratamiento de la hiperpotasemia. BMJ. 2012; 345:e6998.
3. Lorenzo V. Evaluación nutricional y recomendaciones en Hemodiálisis. Nefrología al día. 2015; (25): 459-471.
4. Rodríguez P, Mérida E, Hernández E, Milla M, Praga M. Hiperpotasemia de causa no renal en paciente en hemodiálisis. Nefro. 2018; 38 (1): 96-97.
5. Rebollo A, Pinilla MJ, González JA, Gaspar FJ, et al. Consejos dietéticos para pacientes en hemodiálisis. Enferm Nefrol. 2016; 19 (1): 97.

Capítulo 136

Humanización de los cuidados enfermeros en la terapia de presión negativa Avelle

Muñoz Poblete, César Nicolás
Espadas Sánchez, María
Fernández Padrón, Marcos
Poyatos Ruiz, María Dolores
Bonales Domínguez, María Pilar
Cofrade Delgado, Virginia

HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN LA TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA AVELLE

INTRODUCCIÓN

El papel enfermero es fundamental en cuanto a la humanización y calidad asistencial que ofrecemos al paciente. El sistema AVELLE nos ayuda a compaginar la humanización y la calidad en el cuidado enfermero.

Este sistema consiste en una forma activa de **terapia no invasiva** que estimula la curación de las heridas proporcionando un entorno cerrado y húmedo, disminuyendo el volumen de las heridas, eliminando el exceso de fluidos que pueden inhibir su curación, ayudando a eliminar el fluido intersticial y promoviendo la granulación.

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 abceso cervical derecho mediante drenaje transcervical.

Es reintervenida el 29/11/2018 por persistencia del mismo, mediante drenaje transcervical profundo con la colocación de tres penrose.

Durante el ingreso se realizan curas cada 12 horas, realizando limpieza con S.F.+betadine+colocación de apósito con gasas.

El 06/12/2018 se decide alta y se deriva a consultas externas de ORL para seguimiento de curas.

El 14/12/2018 se retiran dos drenajes y se espera evolución.

Ante la incomodidad del paciente por las curas tan continuadas y exceso de secreción, que provoca irritación perilesional, el 17/12/2018 se procede a la retirada del último penrose e inicio de la terapia con el sistema AVELLE.

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.

Comenzamos el tratamiento con sistema AVELLE el 17/12/2018, este sistema suministra una presión negativa (subatmosférica) constante a 80 mmHg en la zona de la herida mediante un tubo que somete a descompresión un apósito cuya capa exterior ayuda a eliminar el exudado mediante una combinación de absorción y evaporación.

Se realizan curas una vez a la semana donde se limpia lecho de la herida quirúrgica con S.F.+ 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 AVELLE.

Se observa una buena tolerancia a la terapia y una evolución muy favorable de la herida quirúrgica, consiguiendo una cicatrización completa de la herida quirúrgica con retirada del sistema AVELLE y alta del paciente en curas el 26/12/2018.



Figura 3
Unidad de Terapia Sistema AVELLE.



ALTA POR CURACIÓN EL 26/12/2018.

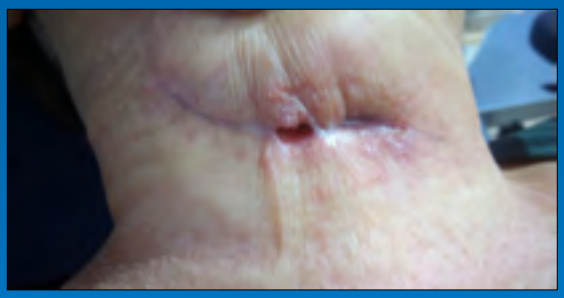


Figura 1
17/12/2018: Inicio Terapia Sistema AVELLE.



Figura 2
Colocación Terapia Sistema AVELLE.

DISCUSIÓN

Tras 9 días de Terapia de Presión Negativa AVELLE, la evolución de la herida quirúrgica ha sido satisfactoria, consiguiendo la resolución total de la misma. Por tanto, podemos decir que la terapia con Sistema AVELLE constituye una buena alternativa terapéutica para el manejo de heridas complicadas, frente a los sistemas tradicionales.

CONCLUSIONES

La Terapia de Presión Negativa AVELLE repercute directamente en una disminución de costes y un aumento de calidad de vida de estos pacientes, frente a los sistemas tradicionales para el cuidado de heridas; aportándoles a los pacientes seguridad y proporcionándoles una mejor calidad de vida debido al menor número de cambios del apósito y al permitirle una ligera ducha. Además su tamaño discreto y ligero permite administrar la Terapia en cualquier lugar.

Resumen: *El papel de enfermería es fundamental en cuanto a la humanización y calidad asistencial que ofrecemos al paciente. El sistema Avelle nos ayuda a compaginar la humanización y la calidad en el cuidad enfermero.*

Este sistema consiste en una forma activa de terapia no invasiva que estimula la curación de las heridas proporcionado un entorno cerrado y húmedo, disminuyendo el volumen de las heridas, eliminando el exceso de fluidos que pueden inhibir su curación, ayudando a eliminar el fluido intersticial y promoviendo la granulación.

Palabras Clave: *Enfermería; cuidado; humanización.*

Observación Clínica

Mujer de 67 años de edad con antecedentes médicos de DM tipo 2, retinopatía y nefropatía diabética, dislipémia, HTA y cardiopatía isquémica. No alergia a medicamentos conocidas.

Fue intervenida quirúrgicamente el 23/11/18 de abceso cervical derecho mediante drenaje transcervical. Es reintervenida el 29/11/2018 por persistencia del mismo, mediante drenaje transcervical profundo con la colocación de tres penrose.Durante el ingreso se realizan curas cada 12 horas, realizando limpieza con S.F.+betadine+colocación de apósito con gasas.

El 06/12/2018 se decide alta y se deriva a consultas externas de ORL para seguimiento de curas.

El 14/12/2018 se retiran dos drenajes y se espera evolución.

Ante la incomodidad del paciente por las curas tan continuadas y exceso de secreción, que provoca irritación perilesional, el 17/12/2018 se procede a la retirada del último penrose e inicio de la terapia con el sistema Avelle.

Plan de cuidados enfermeros

Comenzamos el tratamiento con sistema Avelle el 17/12/2018, este sistema suministra una presión negativa (subatmosférica) constante a 80 mmHg en la zona de la herida mediante un tubo que somete a descompresión un apósito cuya capa exterior ayuda a eliminar el exudado mediante una combinación de absorción y evaporación. Se observa una buena tolerancia a la terapia y una evolución muy favorable de la herida quirúrgica, consiguiendo una cicatrización completa de la herida con retirada del sistema Avelle y alta del paciente en curas el 26/12/18.

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.

Discusión

Tras 9 días de terapia de presión negativa Avelle, la evolución de la herida quirúrgica ha sido satisfactoria, consiguiendo la resolución total de la misma. Por tanto, podemos decir que la terapia con

ISBN: 978-84-949197-6-3

sistema Avelle constituye una buena alternativa terapéutica para el manejo de heridas complicadas, frente a los sistemas tradicionales.

Conclusiones

la terapia de presión negativa Avelle repercute directamente en una disminución de costes y un aumento de calidad de vida de estos pacientes, frente a los sistemas tradicionales para el cuidado de heridas; aportándoles a los pacientes seguridad y proporcionándoles una mejor calidad de vida debido al menor número de cambios del apósito y al permitirle una ligera ducha. Además su tamaño discreto y ligero permite administrar la Terapia en cualquier lugar.

Bibliografía:

1. NANDA: Diagnosticos enfermeros: Definiciones y Clasificación. Elsevier SA España, 512 pag.2015.
2. VV. AA. Interrelaciones Nanda, NIC y NOC. Elsevier SA España. 2006.
3. Bulechek, GM. Clasificación de Intervenciones Enfermeria (NIC). 5ª ed. Elsevier SA España- 2009.

Capítulo 137

Hypericum perforatum en el tratamiento de heridas y quemaduras

Rubio Caravaca, Herminia

Castellanos Moreno, Almudena

Couque Hernández, María del Pilar

Simon, Mirela Lacramioara

Contreras Cañas, María José

Martínez Morago, Rosario

Hypericum perforatum en el tratamiento de heridas y quemaduras

En la actualidad, se calcula que un 60-80% de la población mundial utiliza plantas medicinales, con finalidad curativa, en algún momento de su vida. Las plantas medicinales han sido desde siempre un recurso utilizado por la humanidad para el tratamiento de sus dolencias, pero lo importante es saber utilizarlas por medio de la fitoterapia que se desarrolla con base científica, ofreciendo así unos preparados con calidad, seguridad y eficacia contrastadas. Por ello es necesario disponer de herramientas de información rigurosa y fiable para los profesionales sanitarios y así poder ayudar a los pacientes que quieran utilizar preparados fitoterápicos.

OBJETIVOS:

- Mostrar la planta de *Hypericum perforatum* en su aplicación terapéutica externa para las heridas y quemaduras.
- Dar una nueva herramienta ante las heridas y quemaduras tanto para pacientes como para personal sanitario.



MATERIAL Y MÉTODO:

Se realiza una revisión sistemática de artículos científicos extraídos de diversas bases de datos: Pubmed, Scielo, Elsevier, Cochrane, uptodate, scholar google. Los descriptores empleados han sido:

- *hipérico*
- *Hypericum*
- *Hypericum perforatum*
- *St John´s wort*
- *Hypericum* and scars
- *Hypericum* and wounds
- *Hypericum* and skin
- *St John´s wort* and scars
- *St John´s wort* and wounds

RESULTADOS:

Tras la revisión realizada se han encontrado diferentes artículos donde hablan de la descripción, composición, propiedades, acción farmacológica ante heridas y quemaduras de la *sumidad florida de hipérico* o *Hypericum perforatum* y modo de preparación del extracto oleoso para su uso externo y la forma más adecuada para su aplicación.

Propiedades del *Hypericum perforatum*: composición balsámica; curación de quemaduras, laceraciones, hematomas, úlceras cutáneas y aliviar sintomatología de las hemorroides; anestesia local; modera reacciones inflamatorias menores de la piel y trastornos del tejido subcutáneo; estimulación de la epitelización; reducción de la formación de radicales en la piel tras la irradiación de rayos ultravioletas e infrarrojos; actividad antimicrobiana contra bacterias Gram positivas; efecto antiséptico; antioxidante; anticanceroso; tratamiento sintomático de episodios depresivos leves y moderados o en trastornos somatomorfos; aplicación para trastornos neurovegetativos asociados al climaterio; aplicación para la ansiedad y tensión nerviosa, para el insomnio, sobre todo el relacionado con la depresión.

Se encuentran diferentes artículos donde hablan de experimentos realizados con animales relacionado con heridas o quemaduras, se encuentran otros artículos donde se muestran comparaciones en pacientes con diferentes tratamientos ante quemaduras utilizando uno de ellos el *Hypericum perforatum*, se han encontrado artículos donde se realizaban casos clínicos de la utilización de *sumidad florida de hipérico* en úlcera por presión, diferentes artículos también hablan del uso de *la hierba de San Juan* para la utilización en dermatología.

Todos los artículos exponían que los componentes del *Hypericum perforatum* más importante en el proceso de la curación de heridas y quemaduras eran la hiperforina y la hipericina o sus derivados, siendo los principales factores implicados en la curación por su actividad antiinflamatoria y antimicrobiana, la estimulación para la movilización de fibroblastos, la producción de colágeno y la diferenciación de los queratinocitos; con ello mejora la epitelización y la granulación. También hablando de otras propiedades farmacológicas como antioxidante y anticancerosa. Los estudios revisados han tenido evidencias experimentales, donde se han podido incluir los efectos del *Hypericum perforatum* en diferentes heridas como úlceras por presión, rasguños, arañazos y abrasiones, quemaduras, heridas quirúrgicas y úlceras venosas.

Para la utilización del extracto oleoso de *sumidad florida de hipérico*, se debe empapar una porción de algodón hidrófilo o gasa y colocarlo sobre la parte dañada y dejarla actuar protegiéndolo con una venda o apósito. Preferentemente se realizará por las noches por su fotosensibilidad ante la exposición del sol.

CONCLUSIONES:

Por medio de esta revisión hemos podido conocer muchas de las propiedades que se le atribuyen al *Hypericum perforatum*, sobre todo el poder corroborar sus propiedades ante las heridas o quemaduras y comprobar que su efecto es muy positivo ante estas situaciones. Llegando a la conclusión del efecto terapéutico que tiene la utilización del *Hypericum perforatum* siendo positivo ante la curación de las heridas y quemaduras; así se puede dar una herramienta para utilizarla en el ámbito sanitario y doméstico. Principalmente frente a las quemaduras está muy extendido el uso de aloe vera, pero es necesario saber de otros recursos para poderlos emplear e incluso aconsejarle a las personas qué pueden tener en su casa ante ciertos accidentes domésticos.

El extracto oleoso de la *sumidad florida de hipérico* es un producto que debería ser conocido, utilizado y recomendado en cualquier lugar donde haya posibilidades de heridas o quemaduras y sobre todo si hay niños.

Resumen: *En la actualidad, un 60-80% de la población mundial utiliza plantas medicinales, con finalidad curativa, en algún momento de su vida; han sido desde siempre un recurso utilizado por la humanidad para el tratamiento de sus dolencias, pero lo importante es saber utilizarlas por medio de la fitoterapia que se desarrolla con base científica, ofreciendo unos preparados con calidad, seguridad y eficacia contrastadas. Así es necesario disponer de herramientas de información rigurosa y fiable, y poder ayudar a los pacientes que quieran utilizar preparados fitoterápicos.*

El hipérico (hypericum perforatum) es una planta con propiedades curativas (antiséptico, antiinflamatorio, antioxidante, antidepresivo, anticanceroso).

Palabras Clave: *Hipérico; hypercium perforatum; St. John´s wort.*

Objetivo

El objetivo principal del trabajo es mostrar la planta de Hypericum perforatum en su aplicación terapéutica externa para las heridas y quemaduras, según diferentes artículos encontrados.

Y así poder dar una nueva herramienta ante heridas y quemaduras tanto para pacientes como para personal sanitario. Puesto que es mayoritariamente conocida por su aplicación en depresión y ansiedad.

Material y métodos

Se realiza una revisión bibliográfica de publicaciones y artículos científicos extraídos de diversas bases de datos: Pubmed, Scielo, Elsevier, Cochrane, Uptodate, Google Scholar

Los descriptores empleados han sido:

- Hipérico
- Hypericum
- Hypericum perforatum
- St John´s wort
- Hypericum and scars
- Hypericum and wounds
- Hypericum and skin
- St John´s wort and scars
- St. John´s wort and wounds

Se ha obtenido información general y específica, utilizando la información necesaria que nos ayudará para conseguir el objetivo del trabajo.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Resultados

Tras la revisión realizada se han encontrado diferentes artículos donde hablan de la descripción, composición, propiedades, acción farmacológica ante heridas y quemaduras de la sumidad florida de hipérico o Hypericum perforatum y modo de preparación del extracto oleoso para su uso externo y la forma más adecuada para su aplicación.

Propiedades del hypericum perforatum: Composición balsámica; curación de quemaduras, laceraciones, hematomas, úlceras cutáneas y aliviar sintomatología de las hemorroides; anestesia local; modera reacciones inflamatorias menores de la piel y trastornos del tejido subcutáneo; estimulación de la epitelización; reducción de la formación de radicales en la piel tras la irradiación de rayos ultravioletas e infrarrojos; actividad antimicrobiana contra bacterias Gram positivas; efecto antiséptico; antioxidante; anticanceroso; tratamiento sintomático de episodios depresivos leves y moderados o en trastornos somatomorfos; aplicación para trastornos neurovegetativos asociados al climaterio; aplicación para la ansiedad y tensión nerviosa, para el insomnio, sobre todo el relacionado con la depresión.

Se encuentran diferentes artículos donde hablan de experimentos realizados con animales relacionado con heridas o quemaduras, se encuentran otros artículos donde se muestran comparaciones en pacientes con diferentes tratamientos ante quemaduras utilizando uno de ellos el Hypericum perforatum, se han encontrado artículos donde se realizaban casos clínicos de la utilización de sumidad florida de hipérico en úlcera por presión, diferentes artículos también hablan del uso de la hierba de San Juan para la utilización en dermatología.

Todos los artículos exponían que los componentes del hypericum perforatum más importante en el proceso de la curación de heridas y quemaduras eran la hiperforina y la hipericina o sus derivados, siendo los principales factores implicados en la curación por su actividad antiinflamatoria y antimicrobiana, la estimulación para la movilización de fibroblastos, la producción de colágeno y la diferenciación de los queratinocitos; con ello mejora la epitelización y la granulación. También hablando de otras propiedades farmacológicas como antioxidante y anticancerosa.

Para la utilización del extracto oleoso de sumidad florida de hipérico, se debe empapar una porción de algodón hidrófilo o gasa y colocarlo sobre la parte dañada y dejarla actuar protegiéndolo con una venda o apósito. Preferentemente se realizará por las noches por su fotosensibilidad ante la exposición del sol.

Conclusiones

Tras la revisión bibliográfica de diferentes artículos que trataban de hypericum perforatum, relacionado con heridas o quemaduras. Había artículos que se han realizado los experimentos con animales, comparaciones en paciente con diferentes tratamientos ante quemaduras utilizando uno de ellos el Hypericum perforatum, también se ha realizado algún caso clínico de la utilización de hipérico en úlcera por presión, diferentes artículos también hablan del uso de la hierba de San Juan para la utilización en dermatología, pero se ha podido llegar a la conclusión del efecto terapéutico que tenía la utilización del hypericum perforatum siendo positivo ante la curación de las heridas y quemaduras.

Todos estos estudios han tenido evidencias experimentales, donde se han podido incluir los efectos del hypericum perforatum en diferentes heridas como úlceras por presión, rasguños, arañazos y abrasiones, quemaduras, heridas quirúrgicas y úlceras venosas.

Por medio de esta revisión hemos podido conocer muchas de las propiedades que se le atribuyen al hypericum perforatum, sobre todo el poder corroborar sus propiedades ante las heridas o quemaduras y comprobar que su efecto es muy positivo ante estas situaciones. Así se puede dar una herramienta para utilizarla en el ámbito sanitario y doméstico. Principalmente frente a las quemaduras está muy extendido el uso de aloe vera, pero es necesario saber de otros recursos para poderlos emplear e incluso aconsejarle a las personas qué pueden tener en su casa ante ciertos accidentes domésticos.

El extracto oleoso de la sumidad florida de hipérico es un producto que debería ser conocido, utilizado y recomendado en cualquier lugar donde haya posibilidades de heridas o quemaduras y sobre todo si hay niños.

Bibliografía

1. Valeria Arancibia. Productos naturales para tratamiento tópico de quemaduras. Breve revisión de la literatura actual. Revista Argentina de quemaduras. Volumen 25. Nº1 Abril 2015 (14-26).
2. Selahattin Kıyan, M.D.; Yiğit Uyanıkgil, M.D.; Yusuf Ali Altuncı, M.D.; Türker Çavuşoğlu, M.D.; Emel Öykü Çetin Uyanıkgil, M.D.; Fatih Karabey, M.D. "Investigation of acute effects of Hypericum perforatum (St. John's Wort-Kantaron) treatment in experimental thermal burns and comparison with silver sulfadiazine treatment". Ulus Travma Acil Cerrahi Derg, September 2015, Vol. 21, No. 5 (323-336).
3. UteWölfle, Günter Seelinger, Christoph M. Schempp. "Topical Application of St. John's Wort (Hypericum perforatum)" Published online November 8,2013. Planta Med 2014; 80: 109–120. DOI http://dx.doi.org/ 10.1055/s-0033-1351019.
4. Sosa S, et al. "Topical anti-inflammatory activity of extracts and compoundsfrom Hypericum perforatum L." J Pharm Pharmacol. 2007;59(5):703–709.28.
5. Font Quer. Plantas Medicinales El Dioscórides Renovado. Editorial Labor, S.A. 1973. 291-293.

Capítulo 138

Ictiosis. Caso clínico

Ballesteros Benito, María Isabel

García Morales, Sandra

Porras Sánchez-Escribano, Cristina

Sánchez-Gil Izquierdo, Irene

Sánchez Puertas, Laura

Sánchez Puertas, María

ICTIOSIS

CASO CLÍNICO

INTRODUCCIÓN

Las ictiosis son un grupo de enfermedades cutáneas que producen escamas visibles en toda o gran parte de la superficie de la piel (recordando a las " escamas de un pez") e hiperqueratosis. Pueden ser debidas a anomalías hereditarias de la queratinización o a trastornos adquiridos. Las primeras son mucho más importantes en la edad pediátrica. Existen diversas clasificaciones de las ictiosis.

ICTIOSIS HEREDITARIAS	ICTIOSIS ADQUIRIDAS
Vulgar	Asociadas a neoplasia malignas (linfoma, leucemia, tumores sólidos).
Ligado al cromosoma X	Asociadas a enfermedades sistémicas (SIDA, hepatitis crónica)
Eritrodermia ictiosiforme congénita ampollosa (hiperqueratosis epidermolítica)	Enfermedades autoinmunes (lupo eritematoso)
Lamelar (eritrodermia ictiosiforme congénita no ampollosa)	Reacciones medicamentosas (retinoides, retinoides, ácido nicotínico)
Otros Síndromes (Síndrome de Sjögren-Larsson , tricotiodistrofia o síndrome de Tay...)	Deficiencias nutricionales (malabsorción)





OBSERVACIÓN CLÍNICA

Acude a consulta de dermatología varón de 4 años diagnosticado hace aproximadamente un año de ictiosis vulgar (la más frecuente, 1 de cada 250 nacimientos). En esta primera consulta presentaba una descamación fina, blanca grisácea, generalizada, con escamas más prominentes en la superficie extensora de las extremidades y tronco, respetando pliegues y áreas de flexión. En las palmas y en las plantas se observa hiperlinearidad así como leve descamación en cuero cabelludo, frente y mejillas.

El tratamiento habitual es sintomático y hace hincapié en la hidratación, la lubricación y la queratolisis. En este caso se recomendó también el agregado de aceites al baño o la aplicación de lubricantes antes de secar la piel ya que produce más hidratación y ablandamiento de las escamas. Tras meses de tratamiento se aprecia notable mejoría. En esta ocasión se hace especial hincapié en una correcta nutrición ya que debido al gran recambio de escamas los requerimientos nutricionales pueden ser altos, de manera que una nutrición inadecuada ocasionaría falta de crecimiento. También se informa a los padres que la mayoría de las ictiosis mejoran en climas húmedos.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

NANDA	NIC	NOC
00118 Trastorno de la imagen corporal	5220 Potenciación de la imagen corporal 3590 Vigilancia de la piel	1200 Imagen corporal
00112 Riesgo de retraso en el desarrollo	8250 Cuidados del desarrollo 6650 Vigilancia	1902 Control del riesgo 1908 Detección del riesgo
00183 Disposición para mejorar el confort.	6610 Identificación de riesgos	2002 Bienestar personal
00075 Disposición para mejorar el afrontamiento familiar	5510 Educación sanitaria 4920 Escucha activa	1705 Orientación sobre la salud.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El tratamiento es sintomático y debe ser individualizado, ya que la efectividad y tolerancia de cada paciente es diferente. Es importante considerar la edad, el tipo y gravedad de la ictiosis, así como la extensión y/o localización de las lesiones y la respuesta a terapias previas. La piel ictiósica, aun si está engrosada, tiene una función de barrera disminuida y hay aumento de la pérdida de agua transepidérmica. Dado que la flexibilidad del estrato córneo depende de su contenido en agua, la hidratación puede ablandar la superficie de la piel. Es fundamental educar tanto al paciente como a su familia respecto al carácter crónico de esta enfermedad y la importancia de un tratamiento permanente, que si bien no es curativo, permite aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

https://www.ictiosis.org
https://www.aeped.es
https://www.elsevier.es

Resumen: *Las ictiosis son un grupo de enfermedades cutáneas que producen escamas visibles en toda o gran parte de la superficie de la piel e hiperqueratosis. Pueden ser debidas a anomalías hereditarias de la queratinización o a trastornos adquiridos.*

En este artículo se presenta un caso clínico donde se realiza un diagnóstico diferencial a partir de la sintomatología del paciente y se propone un plan de cuidados integral con el fin de maximizar el crecimiento y desarrollo saludables y controlar las posibles complicaciones.

Palabras Clave: *Colodión; ictiosis vulgar; hiperqueratosis.*

Introducción

Las ictiosis son un grupo de enfermedades que producen escamas visibles en toda o gran parte de la superficie de la piel. Su nombre deriva de la palabra griega ichthys- que significa pez.

Pueden ser debidas a anomalías hereditarias de la queratinización o a trastornos adquiridos.

Las hereditarias son raras y por lo general aparecen durante la infancia y se mantienen de por vida, siendo frecuentemente formas de afectación leve y que tienden a mejorar durante los meses de verano, aunque también pueden existir algunas formas clínicas muy severas. Las ictiosis hereditarias se caracterizan por el gran acumulo de escamas sobre la superficie cutánea y se clasifican en función de criterios genéticos y clínicos. Entre ellas se encuentran:

- Ictiosis vulgar.
- Ligada al cromosoma X.
- Eritrodermia ictiosiforme congénita ampollosa (hiperqueratosis epidermolítica).
- Lamelar (eritrodermia ictiosiforme congénita no ampollosa).
- Otros Síndromes (Síndrome de Sjögren-Larsson , tricotiodistrofia o sindrome de Tay...).

Las adquiridas aparecen asociadas a otras enfermedades, sobre todo renales y pueden comenzar en cualquier época de la vida, pueden constituir una manifestación precoz de algunas enfermedades sistémicas. La descamación seca puede ser fina y localizarse exclusivamente en el tronco y las piernas, o ser gruesa y difusa. Se clasifican en:

- Asociadas a neoplasia malignas (linfoma, leucemia, tumores sólidos).
- Asociadas a enfermedades sistémicas (SIDA, hepatitis crónica).
- Enfermedades autoinmunes (hipotiroidismo).
- Reacciones medicamentosas (estatinas, retinoides, ácido nicotínico).
- Deficiencias nutricionales (malabsorción).

Un diagnóstico definitivo se basa en una combinación de signos visibles, historia familiar, análisis microscópico de una biopsia de piel, exámenes bioquímicos, y hoy en día, análisis genético para muchas formas de ictiosis.

ISBN: 978-84-949197-6-3

El tratamiento habitual es sintomático y hace hincapié en la hidratación, la lubricación y la queratolísis. El agregado de aceites al baño o la aplicación de lubricantes antes de secar la piel produce más hidratación y ablandamiento de las escamas.

Para la ictiosis adquirida, se trata el trastorno subyacente, o bien se interrumpe el tratamiento con el fármaco causante de la ictiosis y en la ictiosis heredada, las cremas o pastillas que contengan sustancias derivadas de la vitamina A, como el retinoide tretinoína, ayudan a la piel a desprenderse del exceso de escamas. A las personas con riesgo de infección bacteriana pueden administrárseles antibióticos por vía oral.

Es importante hacer especial hincapié en una correcta nutrición ya que debido al gran recambio de escamas los requerimientos nutricionales pueden ser altos, de manera que una nutrición inadecuada ocasionaría falta de crecimiento. La mayoría de las ictiosis mejoran en climas húmedos.

Observación clínica

El caso clínico presentado trata de un varón de 4 años que acude a consulta externa de dermatología de nuestro centro hospitalario diagnosticado hace aproximadamente un año de ictiosis vulgar (la más frecuente, 1 de cada 250 nacimientos).

En esta primera consulta presentaba una descamación fina, blanca grisácea, generalizada, con escamas más prominentes en la superficie extensora de las extremidades y tronco, respetando pliegues y áreas de flexión. En las palmas y en las plantas se observa hiperlinearidad así como leve descamación en cuero cabelludo, frente y mejillas.

Plan de cuidados

Establecemos un plan de cuidados enfermero en el cual aspectos relacionados con la imagen corporal y desarrollo, confort y afrontamiento familiar entre otros, son algunos de los parámetros a abordar a la hora de programar unos cuidados integrales.

Conclusión

El tratamiento es sintomático y debe ser individualizado, ya que la efectividad y tolerancia de cada paciente es diferente. Es importante considerar la edad, el tipo y gravedad de la ictiosis, así como la extensión y/o localización de las lesiones y la respuesta a terapias previas.

La piel ictiósica, aun si está engrosada, tiene una función de barrera disminuida y hay aumento de la pérdida de agua transepidérmica. Dado que la flexibilidad del estrato córneo depende de su contenido en agua, la hidratación puede ablandar la superficie de la piel.

Es fundamental educar tanto al paciente como a su familia respecto al carácter crónico de esta enfermedad y la importancia de un tratamiento permanente, que si bien no es curativo, permite aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida.

Bibliografía

1. Rodríguez-Pazos L, Ginarte M, Vega A, Toribio J. Clasificación clínica y molecular de las ictiosis. Piel (Barc) 2012; 27:314-26.
2. Piqué E, Khalaf A, Palacios S, Henriquez JM. Bebé colodión: aportación de un caso y revisión de la literatura. Actas dermofisiolog 1998;89:48-51.
3. Peña Penabad C., García S.J, Unamuno P.P., Ictiosis vulgar: revisión y aportaciones recientes., Piel 1997:12:128-137.

Capítulo 139

Ictus: Actualización en cuidados domiciliarios y educación sanitaria para pacientes y cuidadores

Larrondo Velasco, Kimberley

Barón Almansa, Tamara

Gómez Ruiz, Inmaculada

Alcaraz García, Beatriz

García Ruiz, Alba

ICTUS: ACTUALIZACIÓN EN CUIDADOS DOMICILIARIOS Y EDUCACIÓN SANITARIA PARA PACIENTES Y CUIDADORES

Autoras: *Tamara Barón Almansa, Inmaculada Gómez Ruiz, Alba García Ruiz, Beatriz Alcaraz García, Kimberley Larrondo Velasco*

1. Introducción:



¿Qué es el ictus?

Enfermedad cerebral provocada por:

- La **rotura de un vaso** cerebral que provoca una hemorragia.
- La obstrucción del riego sanguíneo que llega al **cerebro.**

Síntomas del ictus

- Pérdida de fuerza en la cara, brazo y/o pierna de uno de los lados del cuerpo.
- Sensación de acorchamiento u hormigueo de la cara, brazo y/o pierna de un lado del cuerpo.
- Perdida repentina de la visión.
- Alteración brusca del habla.
- Sensación de vertigo, inestabilidad, caídas bruscas.

Evolución tras el ictus

Puede producir discapacidades:

- Parálisis.
- Problemas de movimiento.
- Trastornos sensoriales.
- Problemas para usar y comprender el lenguaje.
- Problemas de memoria y pensamiento.
- Desórdenes emocionales.



2. Objetivos:

- ➔ Mejorar el grado de conocimientos y participación de familiares y pacientes.
- ➔ Resolver dudas y preocupaciones de los afectados y de las familias.
- ➔ Valorar el trabajo del cuidador.
- ➔ Unificar criterios de actuación y educación sanitaria por parte de enfermería.

3. Metodología:

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en bases de datos nacionales e internacionales de ciencias de la salud.
Estas son Pudmed, Cuiden, Cochrane Library, Medline, Scielo e Instituto de Salud de Carlos III.

4. Resultados:

Principales trastornos tras el ictus

- Trastornos fisicos y sensitivos (parálisis, hemiplejia, hipotonía , ataxia trastornos de la deglución, incontinencia urinaria).
- Trastornos en el lenguaje (afasias).
- Problemas psicológicos (ansiedad, frustación, depresión).
- Trastornos cognitivos y de la memoria (desorientación, confusión).

Recomendaciones a las principales compliaciones tras el ACV

- Caídas y problemas en el movimiento → Programas de rehabilitación.
- Trastornos visuales → Entrenamiento de la hemianopsia.
- Problemas en el lenguaje → Logopeda.
- Disfagia → Utilización de espesantes, sondaje nasogástrico o PEG.
- Incontinencia urinaria → Reeducación de los esfínteres, utilización de pañales o absorbentes.
- Problemas psicológicos → Importancia en el diagnóstico de un cuadro depresivo antes del empleo de fármacos.
- Problemas cognitivos → Empleo de escalas y test (escala NIHSS, Glasgow, Katz, Pfeiffer).

5. Conclusión:

El ictus supone una transformación radical en la vida de la mayoría de las personas que lo sufren.
Enfermería, a través de una correcta educación sanitaria a pacientes y cuidadores, será capaz de fomentar la realización de las actividades básicas de la vida diaria.
Con todo ello se pretende conseguir el máximo grado de independencia y autocuidado, así como reincorporar al paciente de nuevo a su entorno habitual.



SATSE

Resumen: *El ACV, es una de las principales causas de muerte en España y una de las primeras causas de discapacidad en la edad adulta. El propósito de la revisión es demostrar el papel de la enfermería en la educación sanitaria tanto del paciente como de su cuidador principal, una vez superada la fase aguda de la enfermedad.*

Palabras Clave: *Ictus; atención domiciliaria; rehabilitacón.*

Introducción

El ictus es una enfermedad cerebral que se produce por un trastorno brusco de la circulación sanguínea, que hace que una región determinada del cerebro deje de funcionar inmediatamente. (1)

Existen dos tipos de ictus en base al mecanismo de alteración vascular:

- *Ictus isquémico:* Se produce la obstrucción de un vaso sanguíneo cerebral, lo que da lugar a una disminución o ausencia de aporte de sangre a una zona cerebral. Es el más frecuente. (1)
- *Ictus hemorrágico:* Se trata de la salida de sangre, a consecuencia de la rotura de un vaso, dentro del encéfalo. Según su localización puede ser cerebral intraparenquimatosa o ventricular o subaracnoidea. (2)

Los síntomas del ACV dependen de la región del cerebro que haya sido afectada. Los síntomas de alarma para reconocer esta enfermedad son los siguientes:

- Pérdida de fuerza en la cara, brazo y/o pierna de uno de los lados del cuerpo.
- Sensación de hormigueo de la cara, brazo y/o pierna de un lado del cuerpo.
- Pérdida repentina de la visión, parcial o total, en uno o en los dos ojos.
- Alteración brusca del habla.
- Sensación de vértigo, inestabilidad, caídas bruscas… (3)

Objetivos

- Mejorar el grado de conocimientos y participación de familiares y pacientes.
- Resolver dudas y preocupaciones de los afectados y de las familias.
- Valorar el trabajo del cuidador.
- Unificar criterios de actuación y educación sanitaria por parte de enfermería.

Metodología

El trabajo consiste en una revisión bibliográfica a través de una búsqueda bibliográfica en bases de datos nacionales e internacionales de ciencias de la salud. Estas son Cinahl, Cuiden, Cochrane Library, Medline, Scielo, Instituto de Salud de Carlos III, etc.

Resultados

Principales trastornos tras sufrir el ictus:

1. Trastornos físicos y sensitivos

ISBN: 978-84-949197-6-3

- Parálisis. hemiplejia y hemiparesia.
- Hipotonía muscular.
- Ataxia.
- Trastornos de la deglución: Disfagia.
- Incontinencia urinaria.

2. Trastornos en el lenguaje.
    - Afasia: Las principales afasias que encontramos son:
        - Afasia motora (afaxia de Broca).
        - Afasias sensoriales (afaxia de Wernicke).
    - Disartria.
3. Trastornos psicológicos.
    - Ansiedad y frustración.
    - Trastornos en el estado de ánimo: Depresión.
4. Trastornos cognitivos y de la memoria.
    - Desorientación y confusión. (5)

Recomendaciones en las principales complicaciones tras un ictus.

La rehabilitación debe comenzar lo antes posible, normalmente cuando la persona que ha sufrido un ACV está estabilizado.

Problemas físicos:

- Movimiento y caídas: Se recomienda la práctica de ejercicios para así fortalecer la musculatura y entrenar el equilibrio en el domicilio.
- Trastornos visuales y parálisis: Es muy importante que la familia debe recuerde al paciente que mire hacia el lado afectado para entrenar la hemianopsia. A su vez, existen ciertas situaciones de la vida diaria que requieren cierta adaptación, por ejemplo, a la hora del vestido del paciente es importante comenzar por la extremidad afectada.
- Lenguaje: Logopedia.
- Disfagia: Puede que el paciente requiera una sonda nasogástrica o una PEG. En caso contrario, adaptar la comida con espesantes, gelatinas, etc. Es importante elegir platos que resulten apetecibles para evitar la mala nutrición del paciente, ya que predispone a UPP, infecciones y edemas. (4)
- Incontinencia urinaria: Reeducación de esfínteres. La incontinencia en el paciente con ACV es un problema frecuente y a menudo, reversible. Un método que nos puede ayudar es decirle a nuestro paciente que nos avise cuando sienta ganas de utilizar el inodoro. Si no es posible, utilizar absorbentes.

Problemas psicológicos:

- El ictus, es un "golpe muy duro" en la vida de la persona que lo sufre, por ese motivo en la mayoría de los casos, aparecen trastornos psicológicos, miedo, temor a la discapacidad, impotencia, frustración, e incluso muchos cambios en el estado de ánimo. Pero toda esta sintomatología, no solo aparece en el paciente que ha sufrido un ACV, sino también hay una repercusión muy intensa en su entorno más cercano, es decir, su familia.
- Por eso, es muy importante el trato y comunicación con los familiares, para la atención de los aspectos emocionales, que se puedan producir.
- En cuanto a los problemas cognitivos, el empleo de escalas y Test nos puede facilitar la detección precoz de un problema cognitivo. Ejemplos: Escala NIHSS, Barthel, Katz, Pfeiffer, etc.

Problemas sociales:

Es muy importante que tanto el paciente, como sus propios familiares conozcan los recursos que tienen a su disponibilidad. Desde el servicio de atención primaria, estos se pueden informar de los recursos disponibles y de cómo solicitarlos. Los servicios y prestaciones, para las personas con dependencia, tras el sufrimiento de un ictus: los centros de salud, centros de día, servicio de atención residencial, servicio de comida a domicilio, teleasistencia y centro de accesibilidad y ayudas técnicas.

Conclusión

El padecimiento del ictus supone un cambio radical en la vida, no sólo de la persona que lo sufre, sino también en el entorno que les rodea.

Una vez que se plantea el alta hospitalaria tanto los pacientes como sus cuidadores, se encuentran desorientados y no saben cómo seguir los pasos adecuados de manera correcta. El proceso rehabilitador es esencial. Este cuenta con un gran equipo multidisciplinar, en el que la labor enfermera está muy presente. Enfermería va ayudar al paciente a que puede volver a llevar a cabo las actividades de la vida diaria, desde las más sencillas hasta las más complejas. Esto se lleva a cabo con una buena educación sanitaria por parte de la enfermería.

Bibliografía

1. José Castilo Sánchez IJM. Reeducación funcional tras el ictus. Primera ed. Barcelona: Elsevier España, S.L.U.; 2015.
2. España MdsycGd. Guía Práctica Clínica sobre la Prevención Primaria y Secundaria del Ictus Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salud; 2010.
3. Grupo de estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la SEN. [Online]; 2017 [cited 2017 Marzo. Available from: http://ictus.sen.es/?page_id=91.
4. Consejos y cuidados tras el ictus. Información para pacientes y familiares. Comunidad de Madrid.:, Unidad de evaluacion de tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo Comunidad de Madrid; 2012.
5. Espárrago LLorca G, Castilla-Guerrera L, M.C FM, Ruiz Doblado S, M.D JH. Depresión post-ictus: una actualización.. Neurología. 2015 Enero-Febrero.

Capítulo 140

Impacto social, laboral y grado de satisfacción de pacientes incluidos en el programa de seguimiento remoto de marcapasos en el área de Ciudad Real

Bastante Díaz, María del Carmen

Campos Pérez de Madrid, Evangelina

Cano Rosado, Laura

IMPACTO SOCIAL, LABORAL Y GRADO DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE SEGUIMIENTO REMOTO DE MARCAPASOS EN EL ÁREA DE CIUDAD REAL

Introducción

- El desplazamiento de los pacientes a las consultas de revisión de marcapasos implica disminución de su autonomía, absentismo laboral de sus cuidadores e incremento del gasto en transporte sanitario.
- **El seguimiento remoto de marcapasos** implantado en la Unidad de Arritmias de Ciudad Real **pretende disminuir el impacto sociolaboral y económico en estos pacientes.**

Material y métodos

- Estudio observacional prospectivo, incluyendo 160 pacientes del programa de seguimiento remoto entre 2016 y 2017.
- Realizamos una **encuesta de satisfacción** con variables tales como tiempo de espera, atención y trato recibidos, necesidad de acompañamiento por familiar, modo de desplazamiento y kilómetros recorridos y grado de satisfacción con el seguimiento remoto.

Resultados

	Tiempo invertido	Distancia recorrida
Seguimiento remoto	60 +/- 30 minutos*	1,4 +/- 4,9kilómetros*
Revisión presencial	150 +/- 120 minutos*	63 +/- 105 kilómetros*

** Mediana +/- amplitud intercuartílica*



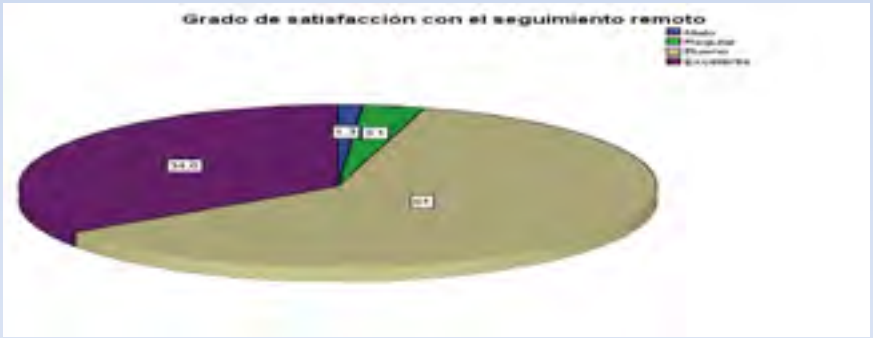
^El 85,6% de los pacientes acudían acompañados.



^El 66,3% de los pacientes acudían en coche particular



^El 54% de los familiares necesitaron ausentarse del trabajo



Conclusiones

- **El programa de seguimiento remoto de marcapasos de la Unidad de Arritmias de Ciudad Real genera un impacto sanitario y sociolaboral muy positivo**: menor tiempo invertido por consulta, menor distancia recorrida, menor necesidad de absentismo laboral y mayor percepción de satisfacción por parte de los pacientes.

No tenemos conflictos de intereses

mbastante65@hotmail.com

Resumen: *Estudio observacional prospectivo, incluyendo 160 pacientes del programa de seguimiento remoto entre 2016 y 2017.*

Realizamos una encuesta de satisfacción con variables tales como tiempo de espera, atención y trato recibidos, necesidad de acompañamiento por familiar, modo de desplazamiento y kilómetros recorridos y grado de satisfacción con el seguimiento remoto.

Palabras Clave: *Impacto social; seguimiento remoto de marcapasos; grado de satisfacción.*

Introducción

El desplazamiento de los pacientes a las consultas de revisión de marcapasos implica disminución de su autonomía, absentismo laboral de sus cuidadores e incremento del gasto en transporte sanitario.

El seguimiento remoto de marcapasos implantado en la Unidad de Arritmias de Ciudad Real pretende disminuir el impacto sociolaboral y económico en estos pacientes.

Estudio observacional prospectivo, incluyendo 160 pacientes del programa de seguimiento remoto entre 2016 y 2017.

Material y métodos

Realizamos una encuesta de satisfacción con variables tales como tiempo de espera, atención y trato recibidos, necesidad de acompañamiento por familiar, modo de desplazamiento y kilómetros recorridos y grado de satisfacción con el seguimiento remoto.

Resultados

Los pacientes invertían una media de 62 +/- 37 minutos en el seguimiento remoto, con una distancia recorrida de 8 +/- 22 km, y mostraron un grado de satisfacción al seguimiento remoto “excelente” en un 35%, bueno en un 61% y regular en un 3%. En la visita presencial, la mayoría de ellos acudían acompañados (86%) y en coche particular (66%), tal que el 54% de los familiares necesitaron ausentarse del trabajo. Un 19,4% de los pacientes acudieron en ambulancia y un 8,8% en autobús. La media de tiempo invertido fue 167 +/- 95 minutos, y la distancia recorrida fue 45 +/- 57 km.

Conclusiones

El programa de seguimiento remoto de marcapasos de la Unidad de Arritmias de Ciudad Real genera un impacto sanitario y sociolaboral muy positivo: menor tiempo invertido por consulta, menor distancia recorrida, menor necesidad de absentismo laboral y mayor percepción de satisfacción por parte de los pacientes.

Bibliografía

1. Lazarus A. Lazarus A. Remote,wireless, ambulatorymonitoring of implantable pacemakers, cardioverter defibrillators, andcardiac resynchronization therapy systems: Analysis of a worldwide database. PACE 2007;30:S2-S12.

ISBN: 978-84-949197-6-3

2. Óscar J, Sancho-Tello MJ, Navarro J, Cano O, Raso R, Castro JE et al. Fiabilidad técnica y seguridad clínica de una sistema de monitorización remota de dispositivos cardiacos antiarrítmicos. Rev Esp Cardiol 2009;62:886-95.

3. Varma N, Michalsji J, Epstein AE, Schweikert R. Automatic remote monitoring of ICD lead and generador performance: the TRUST trial. Cir Arrhythm Electrophysiol 2010;3:428-36. Ciudad Real, España.

4. Unidad de Arritmias, Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGUCR).

5. Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGUCR), Ciudad Real, España.

Capítulo 141

Importancia de la higiene de manos en pacientes aislados en las unidades de hospitalización

Botia Portero, Antonio

Rullo Sánchez, Ana María

Revisión Bibliográfica: *Importancia de la Higiene de Manos en pacientes aislados en las Unidades de Hospitalización*

Autores:

INTRODUCCIÓN

Las infecciones nosocomiales (IN), también conocidas como infecciones asociadas a la atención sanitaria , son una consecuencia involuntaria de la atención recibida por el personal de salud, afectando cada año a millones de pacientes en todo el mundo, generando un problema importante de salud pública por la alta morbilidad y mortalidad que ocasionan, produciendo efectos adversos que ponen en peligro la seguridad del paciente. Su tratamiento conlleva una enorme carga económica para el sistema sanitario ya que aumentan los días de hospitalización, la realización de pruebas adicionales, la discapacidad de larga duración y el consumo de antibióticos. En los países desarrollados entre el 5% y el 10% de los pacientes hospitalizados sufren alguna infección nosocomial. Entre los factores implicados en su desarrollo se encuentran las condiciones del propio paciente y su proceso de enfermedad, las bajas medidas de higiene, la bioseguridad y el escaso control de las infecciones nosocomiales.

Referente a la enfermería hay que destacar la incansable tarea que llevó a cabo Florence Nightingale (1.820-1.910) por su interés sobre las causas de mortalidad en los hospitales ingleses. Se convierte en pionera al utilizar representaciones gráficas de la información recopilada en las que demostraba las altas tasas de mortalidad y por la reforma de los hospitales para mejorar las condiciones de higiene que reducían dicha mortalidad. En 1.856, en la guerra de Crimea, con sus métodos estadísticos destacó la importancia del lavado de manos de forma frecuente para evitar que las infecciones impidieran el proceso de curación.







A pesar de los grandes avances y los conocimientos que manejamos sobre la prevención, transmisión y control de las infecciones nosocomiales, nunca a lo largo de la historia, se habían desarrollado campañas a nivel mundial sobre la higiene de las manos hasta el año 2.005, aun sabiendo que es una de las principales causas de transmisión.
Se desarrolla el programa "Una atención limpia es una atención más segura" que se pone en marcha en octubre de 2.005 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el fin de reducir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria en todo el mundo. Desde el comienzo del programa hasta nuestros días, el programa pretende llamar la atención sobre el papel tan importante que tiene la higiene de manos en la atención sanitaria.
En el año 2.009 la iniciativa "Salve vidas: límpiese las manos" se entiende como una continuación del programa y la pretensión principal es conseguir mayor adhesión del personal de salud para realizar la higiene de las manos en el momento adecuado y de forma correcta.
Para conseguir poner en práctica la estrategia multimodal de la OMS, que mejora el mantenimiento de la higiene de manos de los profesionales dedicados a la práctica asistencial en centros de atención a la salud, se utiliza la colaboración de expertos en la materia, herramientas y materiales que facilitan y garantizan la higiene de manos, en base a las investigaciones realizadas, los datos científicos disponibles y a una serie de pruebas rigurosas que se efectúan.
La Organización Mundial de la Salud (OMS), propone hasta seis medidas preventivas importantes para conseguir mejorar la higiene de manos en los centros de atención y así poder frenar la propagación de las infecciones nosocomiales.

OBJETIVOS

Como Objetivo general se plantea realizar una revisión bibliográfica sobre la correcta higiene de manos entre el personal de salud como medida preventiva frente a las infecciones nosocomiales e identificar los conocimientos que el personal sanitario tiene sobre dicha práctica, publicados en los últimos 11 años.

MATERIAL Y METODOS

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 relacionadas con higiene de manos en el medio hospitalario, y protocolos de actuación.

➢Palabras clave: Higiene, manos, prevención, infecciones intrahospitalarias

RESULTADOS

De los 21 estudios obtenidos como resultado de la búsqueda bibliográfica, tras la eliminación de duplicidades y elaboración propia, se han seleccionado 5 estudios para la evaluación y conocimiento del cumplimiento del personal de salud con las medidas de higiene de manos y sus posibles errores de actuación. Se han incluido estudios descriptivos, analíticos, observacionales y transversales.
Para restringir la búsqueda también se han tenido en cuenta los siguientes criterios de inclusión: Documentos en español y relacionados con la higiene de manos como medida preventiva frente a infecciones nosocomiales.

ESTUDIO	DISEÑO	OBJETIVO	RESULTADOS
Molina J, et al 2008. España.	**Estudio descriptivo**	**Objetivo: Evaluar el impacto de una campaña de promoción de la higiene de manos en 4 momentos diferentes, con solución de base alcohólica, sobre las tasas de infección nosocomial en un hospital de tercer nivel.**	**Aumentó la tasa de cumplimiento a lo largo de los 4 momentos pero no disminuyó la tasa de incidencia de las infecciones nosocomiales siendo del 8% al inicio y del 12,2% al final.**
Pérez P, et al 2011. España.	**Estudio analítico**	**Objetivo: Evaluar conocimientos sobre los aspectos esenciales de la higiene de manos y la transmisión de patógenos a través de ellas, mediante un cuestionario de 25 preguntas.**	**La media de preguntas correctas fue de 17,51 ± 3,61. Es necesaria la revisión de los programas de formación sobre higiene de manos para mejorar los conocimientos sobre la transmisión de microorganismos a través de las manos.**
Herrera M. et al 2012. España.	**Estudio analítico-descriptivo de corte transversal**	**Objetivo: "Percepción de la higiene de manos para profesionales sanitarios"**	**Se pone de manifiesto la necesidad del compromiso tanto directivo, individual y colectivo para preservar la seguridad del paciente.**
Rodríguez L, et al **2012. España.**	**Estudio analítico-descriptivo de corte transversal**	**Objetivo: Evaluar la implementación de la Guía de Aplicación de la Estrategia Multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de manos.**	**Se obtiene que el 88% de los participantes consideran importante la técnica de una adecuada higiene de manos, el 96% del personal ha recibido información sobre la higiene de manos en los últimos 3 años y el 70% considera efectivo que se les brinde información sobre la higiene de manos.**
Sánchez J, et al 2006. España.	**Estudio observacional transversal**	**Objetivo: Conocer el grado de cumplimiento de las recomendaciones sobre higiene de manos.**	**Los resultados indican que la realización de la higiene de manos es baja entre el personal y hay factores que son modificables si se interviene de forma adecuada sobre ellos.**

CONCLUSIONES

A pesar de las diferentes campañas e intervenciones y los estudios que evidencian la disminución de las tasas de infección si se realiza la higiene de manos en el momento adecuado y de forma correcta, surge el problema de la baja adhesión del profesional de salud a realizarla y de los escasos conocimientos que poseen sobre la importancia y realización de dicha práctica. La higiene de manos es una de las medidas preventivas mas simple y eficaz para la prevención y control de las infecciones nosocomiales.
La mejoría en la practica y frecuencia de la higiene de manos surge con la introducción de las soluciones alcohólicas que se colocan en un gran numero de lugares estratégicos e incluso en el bolsillo del propio profesional, facilitándola en todo momento.
Es necesaria una mayor inversión en programas de promoción y sensibilización sobre la higiene de manos, la evaluación continua de los programas y recomendaciones para mejorarla.
En resumen, concluir diciendo que es de grata necesidad y ayuda ponérselo fácil al personal de salud para que realice la higiene de manos y lo asuma como una rutina básica en los cuidados de salud.

Resumen: *A pesar de los grandes avances y los conocimientos que manejamos sobre la prevención, transmisión y control de las infecciones nosocomiales, nunca a lo largo de la historia, se habían desarrollado campañas a nivel mundial sobre la higiene de las manos hasta el año 2.005, aun sabiendo que es una de las principales causas de transmisión.*

Se desarrolla el programa «Una atención limpia es una atención más segura» que se pone en marcha en octubre de 2.005 por la Organización Mundial de la Salud con el fin de reducir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria en todo el mundo.

Palabras Clave: *Higiene; infecciones intrahospitalarias; prevención.*

Introducción

Las infecciones nosocomiales (IN), también conocidas como infecciones asociadas a la atención sanitaria , son una consecuencia involuntaria de la atención recibida por el personal de salud, afectando cada año a millones de pacientes en todo el mundo, generando un problema importante de salud pública por la alta morbilidad y mortalidad que ocasionan, produciendo efectos adversos que ponen en peligro la seguridad del paciente. Su tratamiento conlleva una enorme carga económica para el sistema sanitario ya que aumentan los días de hospitalización, la realización de pruebas adicionales, la discapacidad de larga duración y el consumo de antibióticos. En los países desarrollados entre el 5% y el 10% de los pacientes hospitalizados sufren alguna infección nosocomial. Entre los factores implicados en su desarrollo se encuentran las condiciones del propio paciente y su proceso de enfermedad, las bajas medidas de higiene, la bioseguridad y el escaso control de las infecciones nosocomiales.

Referente a la enfermería hay que destacar la incansable tarea que llevó a cabo Florence Nightingale (1.820-1.910) por su interés sobre las causas de mortalidad en los hospitales ingleses. Se convierte en pionera al utilizar representaciones gráficas de la información recopilada en las que demostraba las altas tasas de mortalidad y por la reforma de los hospitales para mejorar las condiciones de higiene que reducían dicha mortalidad. En 1.856, en la guerra de Crimea, con sus métodos estadísticos destacó la importancia del lavado de manos de forma frecuente para evitar que las infecciones impidieran el proceso de curación.

A pesar de los grandes avances y los conocimientos que manejamos sobre la prevención, transmisión y control de las infecciones nosocomiales, nunca a lo largo de la historia, se habían desarrollado campañas a nivel mundial sobre la higiene de las manos hasta el año 2.005, aun sabiendo que es una de las principales causas de transmisión.

Se desarrolla el programa «Una atención limpia es una atención más segura» que se pone en marcha en octubre de 2.005 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el fin de reducir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria en todo el mundo. Desde el comienzo del programa hasta nuestros días, el programa pretende llamar la atención sobre el papel tan importante que tiene la higiene de manos en la atención sanitaria.

En el año 2.009 la iniciativa «Salve vidas: Límpiese las manos» se entiende como una continuación del programa y la pretensión principal es conseguir mayor adhesión del personal de salud para realizar la higiene de las manos en el momento adecuado y de forma correcta.

Para conseguir poner en práctica la estrategia multimodal de la OMS, que mejora el mantenimiento de la higiene de manos de los profesionales dedicados a la práctica asistencial en centros de

ISBN: 978-84-949197-6-3

atención a la salud, se utiliza la colaboración de expertos en la materia, herramientas y materiales que facilitan y garantizan la higiene de manos, en base a las investigaciones realizadas, los datos científicos disponibles y a una serie de pruebas rigurosas que se efectúan.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), propone hasta seis medidas preventivas importantes para conseguir mejorar la higiene de manos en los centros de atención y así poder frenar la propagación de las infecciones nosocomiales.

Objetivos

Como objetivo general se plantea realizar una revisión bibliográfica sobre la correcta higiene de manos entre el personal de salud como medida preventiva frente a las infecciones nosocomiales e identificar los conocimientos que el personal sanitario tiene sobre dicha práctica, publicados en los últimos 11 años.

Material y métodos

Se realiza una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos relacionadas con las ciencias de la salud (CUIDEN, PUBMED, MEDLINE, …), y búsqueda adicional en las principales paginas relacionadas con higiene de manos en el medio hospitalario, y protocolos de actuación.

Resultados

De los 21 estudios obtenidos como resultado de la búsqueda bibliográfica, tras la eliminación de duplicidades y elaboración propia, se han seleccionado 5 estudios para la evaluación y conocimiento del cumplimiento del personal de salud con las medidas de higiene de manos y sus posibles errores de actuación. Se han incluido estudios descriptivos, analíticos,observacionales y transversales.

Para restringir la búsqueda también se han tenido en cuenta los siguientes criterios de inclusión: Documentos en español y relacionados con la higiene de manos como medida preventiva frente a infecciones nosocomiales.

Conclusiones

A pesar de las diferentes campañas e intervenciones y los estudios que evidencian la disminución de las tasas de infección si se realiza la higiene de manos en el momento adecuado y de forma correcta, surge el problema de la baja adhesión del profesional de salud a realizarla y de los escasos conocimientos que poseen sobre la importancia y realización de dicha práctica. La higiene de manos es una de las medidas preventivas mas simple y eficaz para la prevención y control de las infecciones nosocomiales.

La mejoría en la practica y frecuencia de la higiene de manos surge con la introducción de las soluciones alcohólicas que se colocan en un gran numero de lugares estratégicos e incluso en el bolsillo del propio profesional, facilitándola en todo momento.

Es necesaria una mayor inversión en programas de promoción y sensibilización sobre la higiene de manos, la evaluación continua de los programas y recomendaciones para mejorarla.

Bibliografía

1. Ramon Canton C, Boada Sanmartin N, Pagespetit Casas L. Evaluación de la técnica de higiene de manos en profesionales asistenciales. revista de calidad de asistencial. 2011; 26(6).
2. Coelho M, Silva Arruda C, Faria SS. Higiene de manos como estrategia fundamental en el control de infección hospitalaria: Un estudio cuantitativo. Enfermería global. 2011; 10(21).
3. Molina Cabrillana J, y colaboradores. Impacto de la mejora de la higiene de las manos sobre las infecciones hospitalarias. Revista de calidad asistencial. 2010; 25(4).

Capítulo 142

Influencia de la dieta y nutrición en la Epoc del adulto mayor

de la Morena Aguirre, Francisca

López de Mota de la Morena, Carmen María

López García, María Paz

López Santos, Celia

Navarro Aranda, Elisabet

Muñoz Romera, Silvia

INFLUENCIA DE LA DIETA Y NUTRICIÓN EN LA ENFERMEDAD OBSTRUCTIVA CRÓNICA DEL ADULTO MAYOR

Autores:

INTRODUCIÓN

La relación existente entre la evolución de multiples enfermedades crónicas y el estado nutritivo ha sido conocida desde hace muchos años atrás, pero a partir de los últimos años está bien documentada, y la correlación entre nutrición y pulmón ha despertado una gran curiosidad. Según estadisticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se calcula que la prevalencia de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Epoc) aumentará en el futuro con énfasis en paises en desarrollo, debido fundamentalmente a la frecuencia del hábito tabáquico entre adolescentes. Se estima que en el año 2.020 pasará a ocupar el tercer puesto en la clasificación de enfermedades con mayor impacto sociosanitario. En la actualidad afecta a unos 300 millones de personas en el mundo y cada año mueren más de 250.000 por ésta causa. La mortalidad de la Epoc en España ha crecido un 61% entre el 1990 hasta2015, pasando de 18.000 a 29.000 muertes anuales, aproximadamente una cada 20 minutos, según los últimos datos de un estudio publicado en la revista ¨The Lancet Respiratory Medicine¨.

La Epoc forma parte de las patologías más frecuentes del paciente crónico complejo, y la afectación del estado nutricional es una de las complicaciones, y tanto la desnutrición como la sobrenutrición, juegan un papel fundamental en el desarrollo de la de la enfermedad, por lo tanto, un patrón de dieta saludable puede influir notablemente en la evolución de la misma, por lo que determinar el riesgo y alteraciones de la nutrición en los pacientes con Epoc es necesario de cara a poder inducir una mejoría del pronóstico de dicha patología.



OBJETIVOS

Conocer la influencia que puede tener la dieta y nutrición en el desarrollo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Fomentar una alimentación correcta y concienciar de la importancia que tiene la misma en el paciente con Epoc.

METODOLOGIA

Para formular éste estudio, se ha realizado una revisión bibliografica sistemática sobre la influencia de la dieta y nutrición en la enfermedad obstructiva crónica (Epoc). Ha sido llevada a cabo durante los mese de Julio hasta Diciembre del 2018.

La restricción temporal de articulos ha sido de 2007 al 2018, el idioma fue limitado a la lengua inglesa y española.

Las fuentes consultadas en base de datos son las siguientes : Pubmed (Medline), Cochrane plus, SciELO, Google Scholar, Science Direct, Cuiden y Lilacs. Ademas, se ha utilizado información recogida de las instituciones: OMS y Ministerio de Sanidad. También se ha consultado manuales y guias de la práctica clínica.

- Criterios de inclusión: articulos del 2007 – 2018, articulos que hacen referencia a la influencia de la alimentación, dieta y nutrición en el desarrollo de la Epoc, articulos originales tales como: investigaciones cuantitativas /cualitativas, revisiones sistematicas y estudios de cohortes entre otros, idioma ingles y español.
- Criterios de exclusión: no texto completo, no relacionados con el estudio y otros idiomas distintos al inglés y el español.
- Palabras claves: Epoc, Nutrición, desnutrición, dieta, trastornos nutricionales y valoración nutricional.

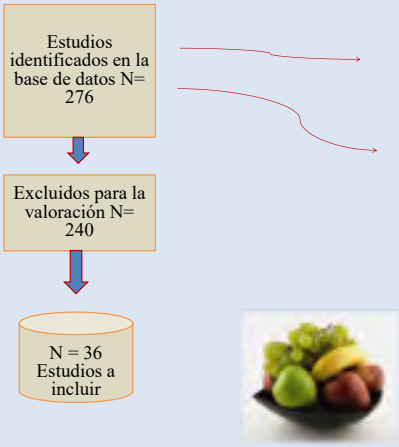


RESULTADOS

Algunos estudios demuestran que la dieta puede contribuir en forma importante al tratamiento de la Epoc y en otros, la relación con la dieta solo se supone.

Desde el 2009, el Ministerio de Sanidad y Política social, a través del plan de calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) y la estrategia en Epoc, ha estado trabajando para identificar la manera de mejorar la atención , la calidad de vida y para reducir el número de éstas personas que presentan la enfermedad.

Los resultados del estudio EPISCAN, confirman que el 73% de los afectados están infradiagnosticados, ya que los síntomas identificables aparecen cuando la enfermedad se encuentra en estadios más avanzados. Además, a medida que aumenta la esperanza de vida se observa una mayor incidencia de dicha patología. Este hecho indica que pueden existir diversos factores, genéticos, ambientales, laborales y nutricionales entre otros, que incluso interactúan para dar lugar a una mayor susceptibilidad del sujeto a tener la enfermedad.





CONCLUSIONES

La alta prevalencia de esta patología y su infradiagnóstico, unido con la carga de enfermedad que genera y el alto coste que supone para los servicios sanitarios públicos, justifican la necesidad de un abordaje riguroso de esta patología, siendo el mantenimiento de un buen estado nutricional una parte muy importante para garantizar un buen estado de salud que previenen desarrollar complicaciones asociadas, y favorecen la alimentación de las personas con una importante disnea y fatiga.

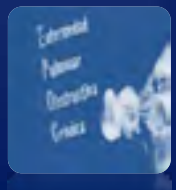
Diferentes estudios han evaluado el efecto de la malnutrición tanto en insuficiencias agudas como crónicas, obligando por el estado de conocimientos actuales a intentar prevenir o tratar este déficit nutricional, puews se ha determinado de acuerdo con la evidencia cientifica disponible, que una gran proporción de pacientes con diagnóstico de Epoc tienen un riesgo nutricional alto, por lo que es imprescindible realizar una valoración y cribado nutricional para identificar a los que necesiten tratamiento dietético.

BIBLIOGRAFIA

Benavides Córdoba V, Wilches-Luna EC. BODE Index Score Changes in COPD Patients Before and After Pulmonary. Rev Cienc Salud. 2018; 16(1):101-113. Doi: http://dx.doi. Org/10.2804. ISSN 1692-7273. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v16n1/1692-7273-recis-16-01-00101.pdf

Keranis, E., Makris, D., Rodopoulou, P., Martinou, H., Papamakarios, G., Daniil, Z.,… Gourgoulianis, K. I. (2010). Impact of dietary shift to higher-antioxidant foods in COPD: a randomised trial. European Respiratory Journal, 36(4), 774–780. Doi:10.1183/09031936.00113809. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20150206

Organización Mundial de la Salud. OMS. "Alimentación sana". Nota Descriptiva nº 394. Mayo de 2015. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet



Resumen: *La relación existente entre la evolución de múltiples enfermedades crónicas y el estado nutritivo ha sido conocida desde hace muchos años atrás, pero a partir de los últimos años está bien documentada. Se estima que en el año 2.020 pasará a ocupar el tercer puesto en la clasificación de enfermedades con mayor impacto sociosanitario. En la actualidad afecta a unos 300 millones de personas en el mundo.*

La Epoc forma parte de las patologías más frecuentes del paciente crónico complejo, y la afectación del estado nutricional es una complicación que juega un papel fundamental en el desarrollo de la enfermedad

Palabras Clave: *Nutrición; Epoc; trastornos nutricionales y valoración nutricional.*

Introducción

La relación existente entre la evolución de múltiples enfermedades crónicas y el estado nutritivo ha sido conocida desde hace muchos años atrás, pero a partir de los últimos años está bien documentada, y la correlación entre nutrición y pulmón ha despertado una gran curiosidad. Según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se calcula que la prevalencia de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Epoc) aumentará en el futuro con énfasis en países en desarrollo, debido fundamentalmente a la frecuencia del hábito tabáquico entre adolescentes.

Se estima que en el año 2.020 pasará a ocupar el tercer puesto en la clasificación de enfermedades con mayor impacto sociosanitario. En la actualidad afecta a unos 300 millones de personas en el mundo y cada año mueren más de 250.000 por ésta causa. La mortalidad de la Epoc en España ha crecido un 61% entre el 1990 hasta 2015, pasando de 18.000 a 29.000 muertes anuales, aproximadamente una cada 20 minutos, según los últimos datos de un estudio publicado en la revista ¨The Lancet Respiratory Medicine¨.

La Epoc constituye un importante reto de salud pública y es una causa primordial de morbilidad crónica y mortalidad en todo el mundo. La evolución de esta epidemiologia es inquietante, ya que entre las enfermedades frecuentes, es la única cuyo crecimiento será transcendental en los próximos años, y acarrea un elevado coste económico. Desde el 2009, el Ministerio de Sanidad y Política social, a través del plan de calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) y la estrategia en Epoc, ha estado trabajando para identificar la manera de mejorar la atención, la calidad de vida y reducir el número de personas que presentan la enfermedad.

La Epoc forma parte de las patologías más frecuentes del paciente crónico complejo, y la afectación del estado nutricional es una de las complicaciones y juega un papel fundamental en el desarrollo de la de la enfermedad, por lo tanto, un patrón de dieta saludable puede influir notablemente en la evolución de la misma, por lo que determinar el riesgo y alteraciones de la nutrición en los pacientes con Epoc es necesario de cara a poder inducir una mejoría del pronóstico de dicha patología.

Objetivos

Conocer la influencia que puede tener la dieta y nutrición en el desarrollo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Fomentar una alimentación correcta y concienciar de la importancia que tiene la misma en el paciente con Epoc.

Metodología

Para formular éste estudio, se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática sobre la influencia de la dieta y nutrición en la enfermedad obstructiva crónica (Epoc). Ha sido llevada a cabo durante los meses de Julio hasta Diciembre del 2018.

La restricción temporal de artículos ha sido de 2007 al 2018, el idioma fue limitado a la lengua inglesa y española.

Las fuentes consultadas en base de datos son las siguientes: Pubmed (Medline), Cochrane plus, SciELO, Google Scholar, Science Direct, Cuiden y Lilacs. Ademas, se ha utilizado información recogida de las instituciones: OMS y Ministerio de Sanidad. También se ha consultado manuales y guías de la práctica clínica.

- ***Criterios de inclusión:*** Artículos del 2007 - 2018, artículos que hacen referencia a la influencia de la alimentación, dieta y nutrición en el desarrollo de la Epoc, artículos originales tales como: investigaciones cuantitativas /cualitativas, revisiones sistemáticas y estudios de cohortes entre otros, idioma inglés y español.
- ***Criterios de exclusión:*** No texto completo, no relacionados con el estudio y otros idiomas distintos al inglés y el español.

Resultados

Algunos estudios demuestran que la dieta puede contribuir en forma importante al tratamiento de la Epoc y en otros, la relación con la dieta solo se supone.

Desde el 2009, el Ministerio de Sanidad y Política social, a través del plan de calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) y la estrategia en Epoc, ha estado trabajando para identificar la manera de mejorar la atención , la calidad de vida y para reducir el número de éstas personas que presentan la enfermedad.

Los resultados del estudio EPISCAN, confirman que el 73 % de los afectados están infradiagnosticados, ya que los síntomas identificables aparecen cuando la enfermedad se encuentra en estadios más avanzados. Además, a medida que aumenta la esperanza de vida se observa una mayor incidencia de dicha patología. Este hecho indica que pueden existir diversos factores, genéticos, ambientales, laborales y nutricionales entre otros, que incluso interactúan para dar lugar a una mayor susceptibilidad del sujeto a tener la enfermedad.

Conclusiones

La alta prevalencia de esta patología y su infradiagnóstico, unido con la carga de enfermedad que genera y el alto coste que supone para los servicios sanitarios públicos, justifican la necesidad de un abordaje riguroso de esta patología, siendo el mantenimiento de un buen estado nutricional una parte muy importante para garantizar un buen estado de salud que previenen desarrollar complicaciones asociadas, y favorecen la alimentación de las personas con una importante disnea y fatiga.

Diferentes estudios han evaluado el efecto de la malnutrición tanto en insuficiencias agudas como crónicas, obligando por el estado de conocimientos actuales a intentar prevenir o tratar este

déficit nutricional, pues se ha determinado de acuerdo con la evidencia científica disponible, que una gran proporción de pacientes con diagnóstico de Epoc tienen un riesgo nutricional alto, por lo que es imprescindible realizar una valoración y cribado nutricional para identificar a los que necesiten tratamiento dietético.

Bibliografía

1. Benavides Córdoba V, Wilches-Luna EC. BODE Index Score Changes in COPD Patients Before and After Pulmonary. Rev Cienc Salud. 2018; 16(1):101-113.

2. Doi: http://dx.doi. Org/10.2804. ISSN 1692-7273. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v16n1/1692-7273-recis-16-01-00101.pdf

3. Keranis, E., Makris, D., Rodopoulou, P., Martinou, H., Papamakarios, G., Daniil, Z., Gourgoulianis, K. I. (2010). Impact of dietary shift to higher-antioxidant foods in COPD: a randomised trial. European Respiratory Journal, 36(4), 774–780. Doi:10.1183/09031936.00113809. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20150206.

4. Organización Mundial de la Salud. OMS. "Alimentación sana". Nota Descriptiva nº 394. Mayo de 2015. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet.

5. Benito Martínez, M.ª Pilar et al. Nutritional and functional state of patients with chronic obstructive pulmonary disease: effects of oral nutritional supplementation (OFOS study). Nutr. Hosp. [Online]. 2017, vol.34, n.4, pp.776-783. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v34n4/04_original.pdf.

Capítulo 143

Influencia de los ciclos lunares en el número de pacientes con problemas psicológicos, atendidos en el servicio de urgencias de un hospital comarcal

Couque Hernández, Mª del Pilar

Castellanos Moreno, Almudena

Contreras Cañas, Mª José

Rubio Caravaca, Herminia

Lacramioara Simón, Mirela

Becerra Cañas, Ana Victoria

INFLUENCIA DE LOS CICLOS LUNARES EN EL NÚMERO DE PACIENTES CON PROBLEMAS PSICOLÓGICOS, ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL

INTRODUCCIÓN

Existe una creencia tradicional y bastante generalizada, ya no sólo de una buena parte de la población, sino entre el personal sanitario, de que existe una relación entre los ciclos lunares y los problemas de salud mental, alterando el comportamiento psíquico del ser humano, siendo más acentuado entre los pacientes con trastornos mentales.

OBJETIVOS

•Como **objetivo general**, queremos determinar, si existe una asociación entre la incidencia de patología psiquiátrica y las fases lunares

•Y como **objetivos específicos**:

1. Determinar si existe un aumento de atenciones psiquiátricas en el servicio de urgencias en relación con los cambios lunares
2. Determinar la necesidad anticipatoria, tanto material como personal, ante una mayor incidencia de urgencias psiquiátricas
3. Determinar la necesidad de formación del personal de enfermería de urgencias, para el manejo efectivo del paciente psiquiátrico
4. Determinar si existe un aumento de atenciones psiquiátricas en alguna fase lunar, así como una mayor incidencia de atenciones en cada uno de los periodos temporales del día (M-T-N)

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un **estudio observacional descriptivo, retrospectivo, transversal**.

El estudio se realiza entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de octubre de 2018, incluyendo en él a todos los pacientes que son triados por el personal de enfermería, cuyo emplazamiento físico fue el servicio de urgencias de un Hospital comarcal mediante el programa Andorrano, por aquellos síntomas que están relacionados de manera directa o indirecta con problemas de salud mental.

Se revisaron un total de 2423 síntomas de asistencia como población diana, excluyendo a aquellos que no entraban dentro de nuestro estudio, al no tener relación el síntoma por el que fue triado con cualquier tipo de alteración mental, quedando una muestra de **población objeto de 446** manifestaciones de síntomas psiquiátricos.

Como criterio de inclusión seleccionamos a todos aquellos pacientes que el diagnóstico médico al alta era por cualquier motivo de alteración psiquiátrica.

Y como criterio de exclusión, aquellos que el diagnóstico médico al alta no estaba relacionado con una alteración psiquiátrica.

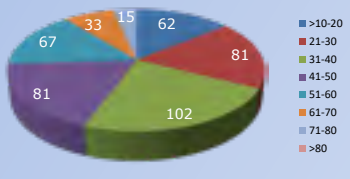
Se recogieron los datos de las historias clínicas y del calendario lunar.

RESULTADOS

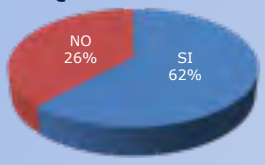
SEXO



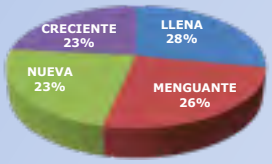
EDAD

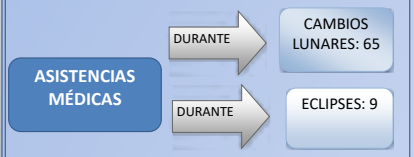


ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS



FASES LUNARES





PERIODO DIARIO



SÍNTOMAS DE ASISTENCIA



CONCLUSIONES

Tras realizar este estudio hemos obtenido las siguientes conclusiones:

1. No hemos podido corroborar, la influencia de las fases lunares en el aumento de atenciones psiquiátricas en el servicio de urgencias.
2. Después de analizar en cada fase lunar el número de atenciones, podemos concluir, que en ninguna de las distintas fases lunares haya un aumento significativo de atenciones psiquiátricas.
3. Hemos podido observar, la alta asistencia al servicio de urgencias por motivos de ansiedad y nerviosismo y otros tipos de síntomas como dolor y disconfort torácico, cefalea, parestesias, pinchazos en el pecho..., que resultaron ser crisis de ansiedad, lo que nos ha hecho replantearnos y comprobar la necesidad de una formación especializada para el personal de enfermería en el servicio de urgencias, que permita obtener todas aquellas herramientas necesarias para una correcta detección y eficaz manejo del paciente con ansiedad.

Nuestras conclusiones, coinciden con la bibliografía revisada, de otros estudios relacionados, en los cuales se desmiente el mito de la influencia de los cambios lunares y de la Luna Llena.

Contradiciendo también, el sentimiento general que los profesionales de enfermería tenemos en cuanto al aumento de atenciones psiquiátricas en cambios lunares.

Conclusión final: No aparece asociación significativa, entre las fases lunares y las características de las atenciones psiquiátricas en urgencias.

BIBLIOGRAFÍA

•Tejedor, M.J.; Etxabe, M.P.; Aguirre-Jaime, A.: "*Patología psiquiátrica de urgencias, comportamiento del enfermo mental y fases de la luna: ¿una asociación real o imaginaria?*". Actas Esp Psiquiatr 2010;38(1)

•Avella-García, C. B.: "*Evidencia sistemática versus creencias o conocimiento popular: el caso de la Luna y la patología psiquiátrica*". Rev. Colomb. Psiquiatría, 2010; 39(2): 415-423

https://www.vercalendario.info/es/luna/espana-ano-calendario-2018.html

Resumen: *Existe una creencia tradicional y bastante generalizada, ya no sólo de una buena parte de la población, sino entre el personal sanitario, de que existe una relación entre los ciclos lunares y los problemas de salud mental, alterando el comportamiento psíquico del ser humano, siendo más acentuado entre los pacientes con trastornos mentales.*

Palabras Clave: *Ciclo lunar; salud mental; enfermería psiquiátrica.*

Material y métodos

Se realiza un estudio observacional descriptivo, retrospectivo, transversal.

El estudio se realiza entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de octubre de 2018, incluyendo en él a todos los pacientes que son triados por el personal de enfermería, cuyo emplazamiento físico fue el servicio de urgencias del Hospital General de Tomelloso, mediante el programa Andorrano, por aquellos síntomas que están relacionados de manera directa o indirecta con problemas de salud mental.

Se revisaron un total de 2423 síntomas de asistencia como población diana, excluyendo a aquellos que no entraban dentro de nuestro estudio, al no tener relación el síntoma por el que fue triado con cualquier tipo de alteración mental, quedando una muestra de población objeto de 446 manifestaciones de síntomas psiquiátricos.

Como criterio de inclusión, seleccionamos a todos aquellos pacientes que el diagnóstico médico al alta, era por cualquier motivo de alteración psiquiátrica.

Y como criterio de exclusión, aquellos que el diagnóstico médico al alta no estaba relacionado con una alteración psiquiátrica.

Se recogieron los datos de las historias clínicas y del calendario lunar.

Objetivos

Como ***objetivo general,*** queremos determinar, si existe una asociación entre la incidencia de patología psiquiátrica y las fases lunares

Y como ***objetivos específicos:***

1. Determinar si existe un aumento de atenciones psiquiátricas en el servicio de urgencias en relación con los cambios lunares

2. Determinar la necesidad anticipatoria, tanto material como personal, ante una mayor incidencia de urgencias psiquiátricas

3. Determinar la necesidad de formación del personal de enfermería de urgencias, para el manejo efectivo del paciente psiquiátrico

4. Determinar si existe un aumento de atenciones psiquiátricas en alguna fase lunar, así como una mayor incidencia de atenciones en cada uno de los periodos temporales del día (M-T-N).

ISBN: 978-84-949197-6-3

Conclusiones

Tras realizar este estudio hemos obtenido las siguientes conclusiones:

1. No hemos podido corroborar, la influencia de las fases lunares en el aumento de atenciones psiquiátricas en el servicio de urgencias.
2. Después de analizar en cada fase lunar el número de atenciones, podemos concluir, que en ninguna de las distintas fases lunares haya un aumento significativo de atenciones psiquiátricas.
3. Hemos podido observar, la alta asistencia al servicio de urgencias por motivos de ansiedad y nerviosismo y otros tipos de síntomas como dolor y disconfort torácico, cefalea, parestesias, pinchazos en el pecho…, que resultaron ser crisis de ansiedad, lo que nos ha hecho replantearnos y comprobar la necesidad de una formación especializada para el personal de enfermería en el servicio de urgencias, que permita obtener todas aquellas herramientas necesarias para una correcta detección y eficaz manejo del paciente con ansiedad.

Nuestras conclusiones, coinciden con la bibliografía revisada, de otros estudios relacionados, en los cuales se desmiente el mito de la influencia de los cambios lunares y de la Luna Llena.

Contradiciendo también, el sentimiento general que los profesionales de enfermería tenemos en cuanto al aumento de atenciones psiquiátricas en cambios lunares.

Conclusión final: No aparece asociación significativa, entre las fases lunares y las características de las atenciones psiquiátricas en urgencias.

Bibliografía

1. Tejedor, M.J.; Etxabe, M.P.; Aguirre-Jaime, A.: «Patología psiquiátrica de urgencias, comportamiento del enfermo mental y fases de la luna: ¿una asociación real o imaginaria?». Actas Esp Psiquiatr 2010;38(1)
2. Avella-García, C. B.: «Evidencia sistemática versus creencias o conocimiento popular: El caso de la Luna y la patología psiquiátrica». Rev. Colomb. Psiquiatría, 2010; 39(2): 415-423.
3. https://www.vercalendario.info/es/luna/espana-ano-calendario-2018.html.

Capítulo 144

Iniciación consulta de esterilidad. Gestión para la puesta en marcha

Sánchez-Valdepeñas Villafuerte, Mª Trinidad

Moreno Cortés, Juan José

López García, Mª Dolores

INICIACION CONSULTA DE ESTERILIDAD. GESTIÓN PARA LA PUESTA EN MARCHA.

Garrido Esteban, RA, M. Trinidad Sánchez-Valdepeñas Villafuerte, Juan José Moreno Cortés y M. Dolores Díaz García.

Hospital General Univsersitario de Ciudad Real

Objetivo:

Saber cuál es el tiempo de espera de las pacientes que acuden a la consulta de Esterilidad del Hospital General Universitario de Ciudad Real hasta la indicación de la técnica y sus características.

Metodología:

Estudio observacional descriptivo prospectivo. Se recogieron las pacientes remitidas a consulta de esterilidad y con indicación de técnica de reproducción asistida (TRA) entre septiembre 2017 y septiembre de 2018.

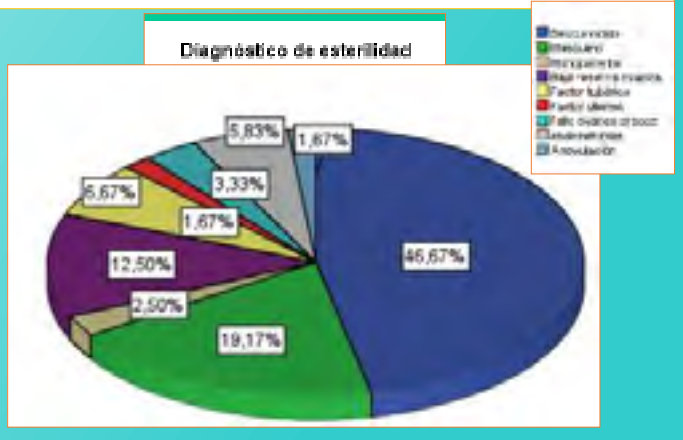
Resultados:

- Se derivaron a TRA 123 mujeres. La mediana de edad fue 35 años y de tiempo de esterilidad de 2 años. En un 46,7 %, la causa de esterilidad fue desconocida.

El factor masculino supuso el 19,2 %, la baja reserva ovárica el 12,5 % y el 2,5 % monoparentales.

- La FIV se propone en 49,1 %. La IAC se realiza en las consultas del hospital, las FIV se derivan a una clínica privada concertada. Desde que la paciente acude a consulta hasta que es indicada la técnica, tienen una media de 108 días para la IAC, 159 días para la FIV. Se objetiva mayor tiempo de espera en los grupos de edad extremos.





Conclusión:

- Las características de nuestras pacientes no difieren de la media española.

El tiempo de espera es menor, no objetivándose diferencias por la técnica indicada.

- La información podría estar sesgada por pacientes que aportan pruebas realizadas en clínicas externas.
- En la consulta se realiza el estudio de la paciente y se revisan los resultados sin cita presencial, disminuyendo el número de visitas para completar el estudio.
- La IAC se realiza en la propia consulta mientras que si es cualquier otra técnica se derivan a la clínica concertada con el hospital.

Resumen: *En objetivo es ver el tiempo de espera de las pacientes en la consulta de esterilidad del H.U.G.C.R. mediante un estudio observacional descriptivo prospectivo donde se derivaron a TRA 123 mujeres con una media de edad de 35 años de con un tiempo de espera de 2años realizándose las IAC en consulta y las FIV en privada.*

Llegando a la conclusión que las características de las pacientes no difieren de la media española, información puede estar sesgada por las pruebas externas de los pacientes y en la consulta se realiza el estudio y los resultados se ven sin cita presencial

Palabras Clave: *Consulta de esterilidad; IAC/FIV; 35años.*

Objetivos

En objetivo del estudio es ver el tiempo de espera de las pacientes en la consulta de esterilidad del H.U.G.C.R.

Material y métodos

Se utiliza un estudio observacional descriptivo prospectivo con indicación de técnica de reproducción asistida TRA entre septiembre del 2017 y 2018, donde se derivaron a TRA 123 mujeres con una media de edad de 35 años de con un tiempo de espera de 2años. En un 46,7 % la causa de esterilidad fue desconocida siendo un 19,2 por favor masculino con una reserva ovárica del 12,5 y el 2,5 de monoparentales.

Se realizaron las IAC en consulta y las FIV en privada.

Conclusión

Se llega a la conclusión que las características de las pacientes no difieren de la media española, información puede estar sesgada por las pruebas externas de los pacientes y en la consulta se realiza el estudio y los resultados se ven sin cita presencial

Bibliografía:

1. Marca, I impedimenta.

Capítulo 145

Inmunización antineumocócia en paciente diabético

Rodrigo García, Rosa María

Fernández-Infantes Rodríguez, Sara

Hernández de Castro, María Cristina

Funez Ruiz, Eva María

Merlo Ormeño, Alicia

Puñal Ortega, Eva

INMUNIZACIÓN ANTINEUMOCÓCIA EN PACIENTE DIABÉTICO.

Introducción

Los pacientes diabéticos pueden sufrir múltiples complicaciones. Una de las complicaciones agudas más frecuentes en estos pacientes son las infecciones en general, ocupando la infección neumocócica un lugar destacado, aumentando así el riesgo de ingresos hospitalarios.

Observación clínica

Paciente de 74 años con limitaciones físicas y que vive sola. Es diabética tipo 2 desde hace 16 años, actualmente en tratamiento con metformina y linagliptina, mala adherencia al tratamiento.

Los perfiles glucémicos realizados indican glucemias basales entre 180-220 mg/dl y de 250-300 mg/dl postpandriales, la hemoglobina glicosilada es 9% y el filtrado glomerular normal.

Según los resultados alterados obtenidos en control analítico, se decide pautar insulina basal y administrar vacuna neumococo como medida preventiva.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (NANDA)	INTERVENCIONES (NIC)	RESULTADOS (NOC)
Riesgo de nivel de glucemia inestable.	Manejo de la hiperglucemia (2120).	-Nivel de glucemia (2300). Desviación moderada del rango (3)
Riesgo de infección.	Protección contra infecciones (6550). Manejo del dolor (1400).	-Control de riesgo (1902). Frecuentemente demostrado (4) -Nivel del dolor (2102). Sustancialmente comprometido (2)
Desequilibrio nutricional: Ingesta superior a las necesidades.	Asesoramiento nutricional (5246).	-Conducta de adhesión: Dieta saludable (0161). Raramente demostrado (2).
Trastorno del patrón del sueño.	Vigilancia: Seguridad (6654). Manejo del sueño (1850)	-Sueño (0004). Sustancialmente comprometido (2).

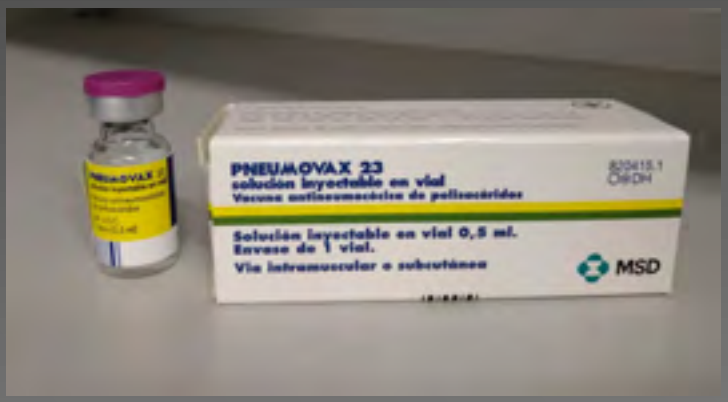


Discusión

Debemos incluir medidas para facilitar la adherencia al tratamiento, dando importancia a las visitas programadas médicas y de enfermería, junto con un programa de autocontrol para evitar así la mala evolución de la enfermedad.

Los adultos diabéticos tienen un mayor riesgo de hospitalización por enfermedades infecciosas en general, mayor riesgo de bacteriemia neumocócica (riesgo intermedio) y es factor predictor de mortalidad a los 30 días del alta en adultos con enfermedad neumocócica invasiva, por ello serán los que mayor se beneficien de esta vacunación.

Existe común acuerdo acerca de que debería administrase una dosis de vacuna neumocócica polisacárida tricosavanlente (VNP23) a todas las personas >65 años pues está financiada públicamente. No se recomiendan revacunaciones sistemáticas en estas personas salvo que hubiesen sido primovacunadas con la VNP23 antes de los 65 años.



Conclusiones

- El principal factor de protección son perfiles glucémicos y hemoglobina glicosilada normales.
- Se debe administrar a todos los pacientes >65 años la vacuna (VNP23).
- En los pacientes diabéticos tipo 2 vacunados con VNP23 se reduce considerablemente las complicaciones de la enfermedad (DM) así como el riesgo a hospitalización y fallecimiento a causa del neumococo.

Resumen: *Los pacientes diabéticos pueden sufrir múltiples complicaciones. Una de las complicaciones agudas más frecuentes en estos pacientes son las infecciones en general, ocupando la infección neumocócica un lugar destacado, aumentando así el riesgo de ingresos hospitalarios.*

Palabras Clave: *Infección; inmunización; diabetes.*

Observación clínica

Paciente de 74 años con limitaciones físicas y que vive sola. Es diabética tipo 2 desde hace 16 años, actualmente en tratamiento con metformina y linagliptina, mala adherencia al tratamiento.

Los perfiles glucémicos realizados indican glucemias basales entre 180-220 mg/dl y de 250-300 mg/dl postpandriales, la hemoglobina glicosilada es 9% y el filtrado glomerular normal.

Según los resultados alterados obtenidos en control analítico, se decide pautar insulina basal y administrar vacuna neumococo como medida preventiva.

Discusión

Debemos incluir medidas para facilitar la adherencia al tratamiento, dando importancia a las visitas programadas médicas y de enfermería, junto con un programa de autocontrol para evitar así la mala evolución de la enfermedad.

Los adultos diabéticos tienen un mayor riesgo de hospitalización por enfermedades infecciosas en general, mayor riesgo de bacteriemia neumocócica (riesgo intermedio) y es factor predictor de mortalidad a los 30 días del alta en adultos con enfermedad neumocócica invasiva, por ello serán los que mayor se beneficien de esta vacunación.

Existe común acuerdo acerca de que debería administrase una dosis de vacuna neumocócica polisacárida tricosavanlente (VNP23) a todas las personas >65 años pues está financiada públicamente. No se recomiendan revacunaciones sistemáticas en estas personas salvo que hubiesen sido primovacunadas con la VNP23 antes de los 65 años.

Plan de cuidados

Diagnósticos (NANDA):

- Riesgo de nivel de glucemia inestable.
- Riesgo de infección.
- Desequilibrio nutricional:Ingesta superior a las necesidades.
- Trastorno del patrón del sueño.

Intervenciones (NIC):

- Manejo de la hiperglucemia (2120).
- Protección contra infecciones (6550).

ISBN: 978-84-949197-6-3

- Manejo del dolor (1400).
- Asesoramiento nutricional (5246).
- Vigilancia: Seguridad (6654).
- Manejo del sueño (1850).

Resultados (NOC):

- Nivel de glucemia (2300).
  - Desviación moderada del rango (3).
- Control de riesgo (1902).
  - Frecuentemente demostrado (4).
- Nivel del dolor (2102).
  - Sustancialmente comprometido (2).
- Conducta de adhesión: Dieta saludable (0161).
  - Raramente demostrado (2).
- Sueño (0004).
  - Sustancialmente comprometido (2).

Conclusiones

- El principal factor de protección son perfiles glucémicos y hemoglobina glicosilada normales.
- Se debe administrar a todos los pacientes >65 años la vacuna (VNP23).
- En los pacientes diabéticos tipo 2 vacunados con VNP23 se reduce considerablemente las complicaciones de la enfermedad (DM) así como el riesgo a hospitalización y fallecimiento a causa del neumococo.

Bibliografía

1. Contreras F. Peña, A. Ortz, MV. Inmunoterapia en pacientes diabéticos. Diabetes Internacional, Coreces tomo 7, N 1 2015:12-17.
2. Salleras L, Dominguez A. Izquierdo G. Epidemiologia de la enfermerdad neumococica en el adulto. F.A. Moraga Llop (Ed). La enfermedad neumococica y su prevención. Caminando hacia el futuro (1ª Ed.) 2010; 113-126.
3. Redando E. Rivero I, Vargas D.A, Mascaras E., Diaz- Maroto J.L, Lincres M. Vacunación frente a la neumonia adquirida en la comunidad del adulto. Posicionamiento del grupo de neumoexpertos en prevención. Sermergen, 42 (2016) p.p 464-475.

Capítulo 146

Interrupciones al personal de enfermería durante la ronda de medicación en el HGUCR

Fernández-Infantes Díaz-Pinto, Cristina

Rodrigo Martín, Sonia

Nieto Villaseñor, Sara

INTERRUPCIONES AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DURANTE LA RONDA DE MEDICACIÓN EN EL HGUCR



Autores

1 INTRODUCCIÓN

El personal de enfermería está sometido a diario a una serie de interrupciones durante la jornada laboral que pueden perturbar el desarrollo natural de su actividad. A menudo, estas limitaciones en el quehacer de la actividad enfermera, trae consigo unas consecuencias que afectan directamente a la garantía de la asistencia y seguridad del paciente.

Es importante tener en cuenta que, el equipo de enfermería, ejerce una función esencial garantizando la seguridad del mismo y conlleva responsabilidades que deben asumir. Por ello, es necesario comprender la complejidad del ámbito laboral en el que se mueven los miles de enfermeras y enfermeros a diario, que no solo afecta directa e indirectamente sobre su persona sino que recae, además, sobre el paciente y todo lo que le concierne. Estas interrupciones, sea cual sea su naturaleza (distracciones, intrusiones, pausas, discrepancias, etc), son perjudiciales ya que perturban la concentración del profesional afectando a su trabajo, causando atrasos, errores y aumentando el riesgo de los pacientes.

2 OBJETIVOS

- ✓ Determinar los motivos más frecuentes de interrupciones a enfermeros durante la preparación de medicación en el Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGUCR). Así como, el turno y servicio o unidad donde más suceden.
- ✓ Conocer las medidas que los profesionales de enfermería consideran más apropiadas para disminuir estas interrupciones.

3 MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, realizado a 62 profesionales de enfermería que realizan su labor en el HGUCR.

Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario compuesto por 10 ítems. En el cual se recogió información sobre la unidad donde trabaja, fuente u origen de las interrupciones y posibles soluciones para minimizarlas, entre otros parámetros.

Para el análisis de datos se utilizó el programa informático SPSS en su versión 24.0. Los datos se consideraron significativos cuando $p < 0,05$.

4 RESULTADOS

- **Perfil mayoritario de los encuestados:** tenían entre **25-35 años** (66'1 %), eran **personal eventual o sustituto** (61'3 %) y llevaban **trabajando** como personal de enfermería **entre 5 y 10 años** (56'5 %).
- Desempeñando, una gran mayoría (90'3%), su labor en una **Unidad Hospitalaria**.

Gráfico 1. ¿Ha sufrido alguna interrupción mientras preparaba o administraba la medicación?

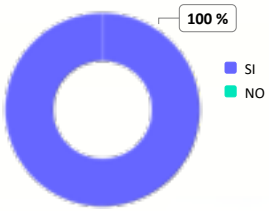


Gráfico 2. Motivos de interrupción durante la ronda de medicación



- Un 75'8 % refirió haber sufrido entre 10-15 veces interrupciones en el turno. Siendo en el **turno de mañana** (69'4 %) donde más interrupciones habían percibido.

Gráfico 3. ¿Cómo valoraría la mayor parte de las interrupciones?

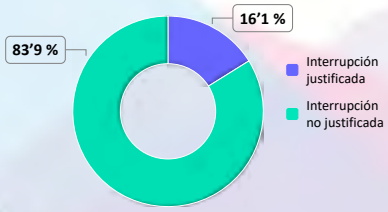


Gráfico 4. Soluciones propuestas para minimizar las interrupciones





5 CONCLUSIONES

Las interrupciones al personal de enfermería durante la ronda de medicación son habituales, siendo el motivo más frecuente las **interrupciones por parte del paciente y/o acompañante**, concentrándose éstas mismas durante el **turno de mañana** en las **unidades hospitalarias**.

Destacar que gran parte de los profesionales encuestados las describieron como interrupciones banales, donde no era necesario una intervención urgente. En consecuencia, para intentar reducirlas, la totalidad de los participantes señaló como primera medida el **uso de carteles, chalecos o brazaletes identificativos**. La aplicación de estas medidas no solamente aumentaría la seguridad del paciente, sino que nos permitiría llevar a cabo una buena labor enfermera, y por consiguiente, el crecimiento de la profesión.

Resumen: *Los profesionales enfermeros se encuentran sometidos a diario a una serie de interrupciones, especialmente durante la ronda de medicación, viéndose afectada de manera importante la seguridad del paciente.*

Los objetivos principales del trabajo eran conocer los motivos más frecuentes de estas interrupciones y que medidas propondrían para disminuirlas. Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, realizado a 62 enfermeros en el Hospital General Universitario de Ciudad Real. Obteniendo como conclusiones su alta incidencia, siendo las demandas del paciente/acompañante el motivo más habitual, y notificando el uso de chalecos o brazaletes como primera medida para reducirlas.

Palabras Clave: *Interrupciones; errores de medicación; enfermería.*

Introducción

El personal de enfermería está sometido a diario a una serie de interrupciones durante la jornada laboral que pueden perturbar el desarrollo natural de su actividad. A menudo, estas limitaciones en el quehacer de la actividad enfermera, trae consigo unas consecuencias que afectan directamente a la garantía de la asistencia y seguridad del paciente.

Es importante tener en cuenta que, el equipo de enfermería, ejerce una función esencial garantizando la seguridad del mismo y conlleva responsabilidades que deben asumir. Por ello, es necesario comprender la complejidad del ámbito laboral en el que se mueven los miles de enfermeras y enfermeros a diario, que no solo afecta directa e indirectamente sobre su persona sino que recae, además, sobre el paciente y todo lo que le concierne. Estas interrupciones, sea cual sea su naturaleza (distracciones, intrusiones, pausas, discrepancias, etc), son perjudiciales ya que perturban la concentración del profesional afectando a su trabajo, causando atrasos, errores y aumentando el riesgo de los pacientes.

Objetivos

Determinar los motivos más frecuentes de interrupciones a enfermeros durante la preparación de medicación en el Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGUCR). Así como, el turno y servicio o unidad donde más suceden.

Conocer las medidas que los profesionales de enfermería consideran más apropiadas para disminuir estas interrupciones.

Material y método

Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, realizado a 62 profesionales de enfermería que realizan su labor en el HGUCR.

Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario compuesto por 10 ítems. En el cual se recogió información sobre la unidad donde trabaja, fuente u origen de las interrupciones y posibles soluciones para minimizarlas, entre otros parámetros.

Para el análisis de datos se utilizó el programa informático SPSS en su versión 24.0. Los datos se consideraron significativos cuando $p < 0,05$.

Resultados

La mayoría de los encuestados correspondía a un rango de edad comprendido entre 25-35 años (66’1 %), se trataba de personal eventual o sustituto (61’3 %) y ejercían como enfermero/a desde

ISBN: 978-84-949197-6-3

hacía 5-10 años (56’5 %). En relación al lugar de trabajo, casi la totalidad de los encuestados (90’3 %) desempeñaban su labor en una unidad hospitalaria.

Tras analizar las respuestas obtenidas, destacamos que el 100 % de los encuestados refirieron haber sufrido interrupciones mientras se encontraban preparando o administrando algún tipo de medicación. De ellos el 75’8 % manifestó haber padecido de 10 a 15 interrupciones por turno, siendo el turno de mañana (69’4 %) donde más han acaecido estas perturbaciones.

En relación a los motivos que propiciaron esas intermisiones, el primer lugar lo ocupan las interrupciones por parte del paciente o acompañante (96’8 %), seguido de las llamadas telefónicas a la unidad (87’1 %) y de la carencia de medicación o del material necesario en ese momento (85’5 %). El resto de motivos como los factores ambientales (ruido, espacio físico destinado a la preparación de la medicación, etc), las interrupciones por parte de otros profesionales sanitarios y los factores internos del propio personal (cansancio, estrés, etc) representando el 79 %, 61’3 % y 19’5 % respectivamente; ocupando el último lugar las distracciones por las alarmas de los monitores con un 3’2 %.

De todas las interrupciones sufridas, los enfermeros encuestados subrayaron con un 83’9 % el carácter no urgente de éstas y, por lo tanto, no justificaban detener la preparación o administración del tratamiento, pudiendo demorarse estas peticiones hasta que el personal enfermero llegase a la habitación durante la ronda.

Por último, ante la pregunta de qué medidas propondrían para poder minimizar esas interrupciones, los resultados obtenidos muestran un consenso entre todos los encuestados, siendo la primera medida a emplear la señalización mediante carteles, chalecos o brazaletes (100 %). Esta sugerencia se encuentra seguida por la adecuación de zonas específicas para preparar la medicación (95’2 %), la estipulación de horas específicas de no interrupción (93’5 %), la creación de protocolos de no interrupción y su divulgación entre los pacientes y acompañantes (93’5 %), la reducción de los ratios enfermera-paciente (91’1 %); quedando en el último lugar la explicación al paciente de lo que sería una interrupción justificada (1’6 %).

Conclusiones

Las interrupciones al personal de enfermería durante la ronda de medicación son habituales, siendo el motivo más frecuente las interrupciones por parte del paciente y/o acompañante, concentrándose éstas mismas durante el turno de mañana en las unidades hospitalarias.

Destacar que gran parte de los profesionales encuestados las describieron como interrupciones banales, donde no era necesario una intervención urgente. En consecuencia, para intentar reducirlas, la totalidad de los participantes señaló como primera medida el uso de carteles, chalecos o brazaletes identificativos. La aplicación de estas medidas no solamente aumentaría la seguridad del paciente, sino que nos permitiría llevar a cabo una buena labor enfermera, y, por consiguiente, el crecimiento de la profesión.

Bibliografía

1. Prats T, Valdivia A, Requena J, Espín C, Bohigues C. Las interrupciones al profesional de enfermería durante la preparación y administración de medicación: un problema de seguridad. Medicina Preventiva. 2018; 23(2): 12-21.
2. Johnson M, Sanchez P, Langdon R, Manias E, Levett-Jones T, Weidemann G et al. The impact of interruptions on medication errors in hospitals: an observational study of nurses. J Nurs Manag. 2017; 25(7): 498-507.
3. Reyes-Revuelta JF, Campos-Palomo AD , Reyes-Revuelta M. Combatiendo la cultura de la interrupción en la práctica enfermera. Rev Esp Comun Salud. 2016; 7(1): 154-160.

Capítulo 147

Intervención de enfermería con niños que sufren enuresis nocturna

Laderas Díaz, Estíbaliz
Lucas Caballero, Marina
González Castro, Juan Pedro
Jurado Zapata, Fátima
Talavera García, Irene

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA CON NIÑOS QUE SUFREN ENURESIS NOCTURNA

Estíbaliz Laderas Díaz, Marina Lucas Caballero, Juan Pedro González Castro, Fátima Jurado Zapata e Irene Talavera García.

XI CONGRESO DE INVESTIGACIÓN SATSE CIUDAD REAL

INTRODUCCIÓN

La **enuresis nocturna (EN**) es la eliminación de orina de forma involuntaria y funcionalmente normal que ocurre a una edad en la que cabe esperarse en el niño un control voluntario de la micción (Mayor a 5 años).

Es un motivo frecuente de consultas de pediatría y de salud mental infanto juvenil, aunque insuficientemente atendido desde el punto de vista científico.

OBJETIVOS

Principal:

- Evaluar la eficacia de la intervención de Enfermería con niños y padres que sufren Enuresis Nocturna.

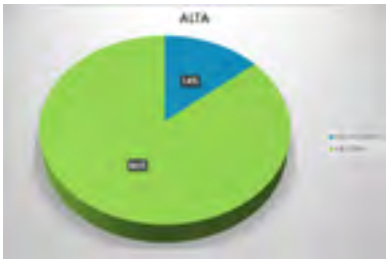
Secundarios:

- Realizar un análisis epidemiológico de la población estudiada.
- Analizar la evolución, mejoría o recaídas a lo largo de la intervención comparando ambos sexos.

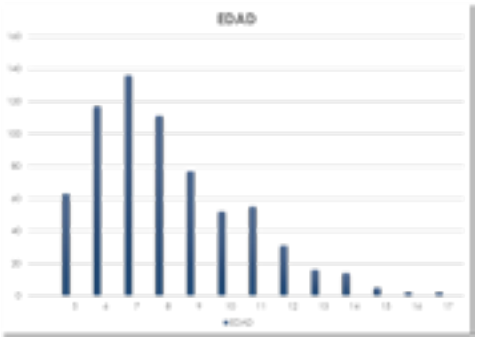
MATERIAL Y MÉTODOS

- Se ha realizado una **búsqueda bibliográfica** en varias bases de datos digitales (Medline,PubMed, SciELO y Biblioteca Cochrane) entre los años 2009 y 2019.
- Se **recogieron datos** de los pacientes que fueron tratados (791 pacientes): Sexo, edad, evaluación al mes del comienzo del programa y a los 3 y 6 meses tras el alta.
- La información del paciente se encuentra encriptada.
- Se **analizaron los datos** con el programa estadístico **SPSS.**

RESULTADOS



- En la evaluación a los 6 meses tras el alta, el 95% de los niños no han recaído.
- El 73% de los pacientes del programa han sido niños y el 27% niñas.
- Existe un mayor porcentaje de recaídas en los niños que en las niñas.



CONCLUSIONES

- La **EN es un problema importante de salud**, para el que su diagnóstico precoz y tratamiento pueden ayudar a estos niños a mejorar notablemente su calidad de vida.
- Los niños que reciben **la intervención que se realiza Enfermería** en consulta de Salud Mental tiene una tasa de **mejoría al mes entorno al 86%,** por lo que se puede considerar una alternativa de tratamiento bastante eficaz.
- A día de **hoy el mayor problema es que esta opción es poco conocida,** incluso entre los propios profesionales, por lo que el número de niños que llegan a consulta es aún muy bajo.

Resumen: *La enuresis nocturna es un motivo frecuente de consulta de pediatría y salud mental infanto juvenil, aunque insuficientemente tratado desde el punto de vista científico. Una adecuada intervención enfermera puede ser de gran ayuda para estos niños y su familia a quienes dicho problema está afectando en varios ámbitos de su vida.*

Palabras Clave: *Enuresis; enfermería; nocturna.*

Introducción

La enuresis nocturna (EN) es un motivo frecuente de consulta en pediatría, aunque insuficientemente atendido desde el punto de vista científico. Urólogos, nefrólogos, pediatras, psiquiatras y psicólogos lo han abordado de forma independiente y sin plantear un enfoque global del problema.

Hay que tener en cuenta que es un trastorno, posiblemente, infradiagnosticado y, por lo tanto, infratratado. A ello hay que añadir la dificultad en la detección de estos niños porque sus padres, probablemente enuréticos en su infancia, no conocen la existencia de tratamiento médico ni lo asocian a un problema pediátrico.

En muchas ocasiones se ha etiquetado de "problema o enfermedad menor", lo que ha permitido que no se le prestara la atención necesaria. No obstante, realmente puede llegar a ser un problema de salud importante en niños y adolescentes, mucho más de lo percibido por los pediatras.

Su prevalencia decrece con la edad y tiende a la resolución espontánea, aunque no ocurre en todos los casos ni en el momento deseado, habiéndose relacionado con situaciones de ansiedad crónica, problemas de autoestima y retraso en la esfera social.

En este sentido, la EN se puede considerar como un problema importante de salud, para el que su diagnóstico precoz y tratamiento pueden ayudar a estos niños a mejorar su calidad de vida.

Objetivos

Principal: Evaluar la eficacia de la intervención de Enfermería con niños y padres que sufren Enuresis Nocturna.

Secundarios:

- Realizar un análisis epidemiológico de la población estudiada.
- Analizar la evolución, mejoría o recaídas a lo largo de la intervención comparando ambos sexos.

Material y métodos

Se ha realizado de forma previa al desarrollo del programa de enfermería, una búsqueda bibliográfica en varias bases de datos digitales (Medline,PubMed, SciELO y Biblioteca Cochrane) entre los años 2009 y 2019. Desarrollo del programa:

Tamaño muestral: 685 niños entre 5 y 17 años (502 niños y 183 niñas)

Diseño: Cuasi-experimental de tipo longitudinal.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Procedimiento: Se llevarán a cabo 4 consultas de Enfermería. En la primera se explicará el programa y se entregará el dispositivo. Al mes se comprobará si la enuresis ha desaparecido, de ser así habrá 2 consultas telefónicas para comprobar si ha habido o no recaídas, la primera será a los 3 meses y la segunda a los 6 meses.

Análisis de datos: Se ha utilizado el programa estadístico SPSS. La información del paciente se encuentra encriptada.

Resultados

Al alta han obtenido mejoría 470 pacientes, con un abandono de 84 pacientes. Al el porcentaje de mejoría fue de 86,18 %. A los 3 meses, 406 pacientes no sufren ningún tipo de recaída y a los 6 meses 356 pacientes no sufren recaída.

La franja de edad en la que mayores tasas de problema de enuresis encontramos está entre los 6 y los 9 años.

Bibliografía

1. Kiddoo DA. Nocturnal enuresis. CMAJ 2012; 184(8):908-11.
2. Miguélez C, Llamas MJ, Mieles M, et al. Enuresis. Diagnóstico diferencial y tratamiento específico. Rev Esp Pediatr 2012; 68(4):240-55.
3. Vande J, Rittig S, Bauer S, Eggert P, Marschall-Kehrel D, Tekgul S. Practical consensus guidelines for the management of enuresis. Eur J Pediatr 2012; 171(6):971-83.

Capítulo 148

Intoxicación accidental por paracetamol

Ruiz García, Carmen

Ruiz García, María del Pilar

INTOXICACIÓN ACCIDENTAL POR PARACETAMOL

INTRODUCCIÓN

El paracetamol o acetaminofén es un buen antipirético y analgésico, con escaso poder antiinflamatorio, benigno para la mucosa gástrica y no produce disfunción plaquetaria. Su doble acción terapéutica y sus escasos efectos adversos hacen que sea un fármaco de elección en procesos febriles y como analgésico en dolor leve-moderado. Es una medicación segura cuando se tome en dosis correctas. Sin embargo cuando se supera la dosis recomendada 10-15mg/kg cada 4-6 horas, se puede descaderar la liberación de metabolitos tóxico llegando a producir hepatotoxicidad a partir de los 15g (aunque hay descritos fallecimientos asociados a esta intoxicación con dosis menores).
Según el Sistema Nacional de Salud (SNS) el **paracetamol** es el segundo fármaco más consumido en España. Este es un fármaco de venta libre en establecimiento autorizados en nuestro país. Tiene diversas presentaciones pastillas efervescentes, supositorios, jarabes…. Y el principio activo se puede presentar en dosis máximas de hasta 1g. También hay que tener en cuenta que múltiples medicamentos tiene distintas dosis de este producto.
En los últimos años se ha comprobado la aparición de hepatotoxicidad ante dosis 6 g/día en población a riesgo (personas que por su situación basal cuentan con bajas reservas de glutatión intrahepatocitario).
La sintomatología en este tipo de intoxicaciones es mínima e inespecífica al principio. Sólo en casos de con concentraciones superiores a 800 µg/ml, se han descrito cuadros fulminante shock. El cuadro clínico se divide clásicamente en cuatro fases, en las primeras 24 horas (fase 1) hay sintomatología inespecífica como vómitos, malestar, palidez… Las 24-48 horas siguientes (fase 2) es característico que aparezca dolor en hipocondrio derecho. Entre las 72-96 horas (fase 3) hay una alteración máxima de la función hepática. A las 96-120 horas (fase 4) el paciente puede evolucionar a coma o asistolia debido a la acidosis metabólica producida. Si conseguimos resolver la disfunción hepática el paciente tardará de 2 a 12 semanas en recuperar la función del hígado.
El diagnóstico precoz de la intoxicación por paracetamol es vital, pero frecuentemente se ve dificultado por el retraso en la aparición de los primeros síntomas. Es importante tras detectar que la persona esta intoxicada una correcta anamnesis para conocer, entre otros datos, la dosis consumida, el tiempo transcurrido y si se ha asociado a otras sustancias potencialmente tóxicas.

CASO CLINICO

Paciente de 88 años que vive sola con su marido de la misma edad, acude a urgencias con un cuadro de vómitos y dolor abdominal en hipocondrio derecho desde hace dos días. En la anamnesis refiere que desde hace una semana se encuentra con síntomas catarrales para los que toma un antigripal (Frenadol®) un sobre cada 4-5h, también toma desde hace 4 días paracetamol de 1g por cefalea que como no cede se lo toma cada 5-6h y Zaldiar® por dolor lumbociatico tres veces al día "*que le mandaron una vez que le paso lo mismo*". Como antecedentes personales encontramos diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial bien controladas con tratamiento habitual.
Al realizarle una analítica se piden niveles de paracetamol en sangre por sospecha de intoxicación de este medicamento. Resultados analíticos: Niveles paracetamol 9,3, AST/ALT normales.
Tras canalización de vía venosa periférica, realización de electrocardiograma y pruebas complementarias (de laboratorio e imagen) se administra el tratamiento pautado y se realiza el ingreso hospitalario de la paciente.

VALORACION

Para la estandarización de los diagnósticos de enfermería, intervenciones claves y criterios de resultado utilizamos la codificación de la Taxonomía NNN (NANDA, NIC, NOC).

00132 Dolor r/c agentes lesivos	1605. Control del dolor -Refiere síntomas al comienzo del dolor. -Solicita ayuda al profesional. -Reconoce factores causales. -Utiliza las medidas enseñadas de distracción y disminución del dolor . -Toma de analgesia pautada. 2102. Nivel de dolor	1400. Manejo del dolor -Comprobar que recibe la medicación pautada. -Enseñar medidas de distracción y relajación. -Evaluar si las medidas de control de dolor son suficientes. 2210. Administración de analgésicos -Administrar la medicación pautada. -Comprobar historial de alergias. 2380.Manejo de la medicación -Comprobar la capacidad del paciente para medicarse. -Consultar con el médico para intentar disminuir el número de fármacos y adaptarlo a la situación de la paciente. -Hablar con familiares para que le dejen preparada la medicación en pastilleros.
00002 Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c nauseas, vómitos, malestar	1004. Estado nutricional -Ingiere dieta pautada y líquidos, sin problema. -Acepta y entiende las explicaciones sobre las restricciones futuras en los próximos días. -Aceptará ayuuda de familiares u otros recursos sociales para que mantenga una dieta adecuada. 1618. Control de nauseas y vómitos -Aceptará medicación y consejos sobre la ingesta.	1100. Manejo de la nutrición -Ajustar dieta a las condiciones del paciente la situación acutual (restricción proteica, de Na,) -Ayudar a la paciente a recibir programas nutricionales adecuados. -Hablar con familiares para que se asegure de la correcta alimentación de la paciente. 5614. Enseñanza dieta prescrita -Ayudar a acomodar a la paciente sus preferencias alimentarias a la dieta prescita. -Informar de los problemas que la mala nutrición puede causar.
00070 Deterioro de la adaptación	1300 Aceptación de la salud 1601 Conducta de cumplimiento 1305 Adaptación psicosocial: cambio de vida	4360 Modificación de la conducta -Enseñar que debe consultar antes de tomar medicación por su cuenta. -Enseñar que cuenta con la familia y el equipo sanitario para aclarar sus dudas sobre medicación. -Comentar la disponibilidad de su familia. 5230 Aumentar el afrontamiento -Explicar que debe afrontar los cambios que se han producido por el paso de los años, que no pasa nada por pedir ayuda. -Servir de sostén , escuchar y asesorar si precisa sobre el cambio de conducta.
00122. Trastorno de la percepción sensorial: visual, cinestésica, auditiva	0901 Orientación cognitiva 0913 Estado neurológico:	6654 Vigilancia: seguridad -Determinar si el paciente es capaz de evitar los peligros presentes en el ambiente, que puedan poner en peligro su seguridad 6610 Identificación de riesgos -Identificar si el paciente precisa cuidados continuos. -Determinar si disminuirían riesgos con el uso correcto de mecanismos auxiliares (gafas, audífonos, andador) 2380 Manejo de la medicación -Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. -Enseñar que debe consultar antes de tomar nueva medicación. -Vigilar los niveles de suero en sangre (AST/ALT, creatinina, INR) para valorar normalización de valores. -Enseñar que se pueden producir interacciones entre medicamentos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Tras dos semanas de ingreso hospitalario sin mas complicaciones la paciente recibe el alta con buen estado general y sin repercusiones hepáticas.

Las intoxicaciones medicamentosas son un grave problema sanitario que crea una situación urgente que puede tener trágicas consecuencias. Sin embargo la mayoría de ellas pueden ser prevenibles y evitables.
En el caso del paracetamol su problema es la venta libre sin prescripción médica, por lo que las personas que lo consumen no tienen los conocimientos correctos sobre su uso terapéutico y su posología.
Por ello desde enfermería debemos hacer una buena educación para la salud, concienciando a la comunidad del correcto uso de medicamentos y de la importancia de la no automedicación. Se debe insistir en la comprobación del envase para certificar el fármaco y la dosis a administrar. Así como en que se debe desechar toda medicación sobrante de la dosis pautada.
Otras medida a nivel de la industria farmacéutica podrían ser limitar el acceso a los fármacos con dosis de 1 gramo de paracetamol bajo prescripción médica.
Es necesaria la visibilidad del problema de las intoxicaciones medicamentosas para llevar a cabo medidas que consigan una reducción en la incidencia de nuevos casos de intoxicación accidental.

Resumen: *Las intoxicaciones medicamentosas son un problema sanitario que puede tener trágicas consecuencias. En el caso del paracetamol su problema es la venta libre sin prescripción médica.*

Por ello desde enfermería debemos hacer una buena educación para la salud, concienciando a la comunidad del correcto uso de medicamentos y de la importancia de la no automedicación. Se debe insistir en la comprobación del envase para certificar el fármaco y la dosis a administrar.

Es necesaria la visibilidad del problema de las intoxicaciones medicamentosas para llevar a cabo medidas que consigan una reducción en la incidencia de nuevos casos de intoxicación accidental.

Palabras Clave: *Acetaminofén; enfermedad hepática inducida por sustancias y drogas; dosis repetida.*

Introducción

El paracetamol o acetaminofén es un buen antipirético y analgésico, con escaso poder antiinflamatorio, benigno para la mucosa gástrica y no produce disfunción plaquetaria. Es una medicación segura cuando se tome en dosis correctas. Sin embargo cuando se supera la dosis se puede descaderar la liberación de metabolitos tóxico llegando a producir hepatotoxicidad.

Tiene diversas presentaciones pastillas efervescentes, supositorios, jarabes múltiples medicamentos tiene distintas dosis de este producto.

En los últimos años se ha comprobado la aparición de hepatotoxicidad ante dosis 6 g/día en población a riesgo (personas que por su situación basal cuentan con bajas reservas de glutatión intrahepatocitario).

La sintomatología en este tipo de intoxicaciones es mínima e inespecífica al principio. El cuadro clínico se divide clásicamente en cuatro fases, en las primeras 24 horas (fase 1) hay sintomatología inespecífica como vómitos, malestar, palidez… Las 24-48 horas siguientes (fase 2) es característico que aparezca dolor en hipocondrio derecho. Entre las 72-96 horas (fase 3) hay una alteración máxima de la función hepática. A las 96-120 horas (fase 4) el paciente puede evolucionar a coma o asistolia debido a la acidosis metabólica producida. Si conseguimos resolver la disfunción hepática el paciente tardará de 2 a 12 semanas en recuperar la función del hígado.

El diagnóstico precoz de la intoxicación por paracetamol es vital, pero frecuentemente se ve dificultado por el retraso en la aparición de los primeros síntomas.

Caso clínico

Paciente de 88 años que vive sola con su marido de la misma edad, acude a urgencias con un cuadro de vómitos y dolor abdominal en hipocondrio derecho desde hace dos días. En la anamnesis refiere que desde hace una semana se encuentra con síntomas catarrales para los que toma un antigripal (Frenadol®) un sobre cada 4-5h, también toma desde hace 4 días paracetamol de 1g por cefalea que como no cede se lo toma cada 5-6h y Zaldiar® por dolor lumbociatico tres veces al día “que

ISBN: 978-84-949197-6-3

le mandaron una vez que le paso lo mismo". Como antecedentes personales encontramos diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial bien controladas con tratamiento habitual.

Al realizarle una analítica se piden niveles de paracetamol en sangre por sospecha de intoxicación de este medicamento. Resultados analíticos: Niveles paracetamol 9,3, AST/ALT normales.

Tras canalización de vía venosa periférica, realización de electrocardiograma y pruebas complementarias (de laboratorio e imagen) se administra el tratamiento pautado y se realiza el ingreso hospitalario de la paciente.

Valoración

Realizaremos una valoración de enfermería según la taxonomía NANDA, NIC, NOC:

00132 Dolor r/c agentes lesivos

1605. Control del dolor.

- Refiere síntomas al comienzo del dolor.
- Solicita ayuda al profesional.
- Reconoce factores causales.
- Utiliza las medidas enseñadas de distracción y disminución del dolor .
- Toma de analgesia pautada.

2102. Nivel de dolor.

1400. Manejo del dolor.

- Comprobar que recibe la medicación pautada.
- Enseñar medidas de distracción y relajación.
- Evaluar si las medidas de control de dolor son suficientes.

2210. Administración de analgésicos.

- Administrar la medicación pautada.
- Comprobar historial de alergias.

2380. Manejo de la medicación.

- Comprobar la capacidad del paciente para medicarse.
- Consultar con el médico para intentar disminuir el número de fármacos y adaptarlo a la situación de la paciente.
- Hablar con familiares para que le dejen preparada la medicación en pastilleros.

00002 Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades r/c nauseas, vómitos, malestar.

1004. Estado nutricional.

- Ingiere dieta pautada y líquidos, sin problema.
- Acepta y entiende las explicaciones sobre las restricciones futuras en los próximos días.
- Aceptará ayuda de familiares u otros recursos sociales para que mantenga una dieta adecuada.

1618. Control de nauseas y vómitos.

- Aceptará medicación y consejos sobre la ingesta.

1100. Manejo de la nutrición.

- Ajustar dieta a las condiciones del paciente la situación acutual (restricción proteica, de Na).
- Ayudar a la paciente a recibir programas nutricionales adecuados.
- Hablar con familiares para que se asegure de la correcta alimentación de la paciente.

5614. Enseñanza dieta prescrita

- Ayudar a acomodar a la paciente sus preferencias alimentarias a la dieta prescita.
- Informar de los problemas que la mala nutrición puede causar.

00070 Deterioro de la adaptación.

1300 Aceptación de la salud.

1601 Conducta de cumplimiento.

1305 Adaptación psicosocial: Cambio de vida.

4360 Modificación de la conducta.

- Enseñar que debe consultar antes de tomar medicación por su cuenta.
- Enseñar que cuenta con la familia y el equipo sanitario para aclarar sus dudas sobre medicación.
- Comentar la disponibilidad de su familia.

5230 Aumentar el afrontamiento

- Explicar que debe afrontar los cambios que se han producido por el paso de los años, que no pasa nada por pedir ayuda.
- Servir de sostén , escuchar y asesorar si precisa sobre el cambio de conducta.

00122. Trastorno de la percepción sensorial: Visual, cinestésica, auditiva

ISBN: 978-84-949197-6-3

0901 Orientación cognitiva.

0913 Estado neurológico.

6654 Vigilancia: Seguridad.

- Determinar si el paciente es capaz de evitar los peligros presentes en el ambiente, que puedan poner en peligro su seguridad.

6610 Identificación de riesgos.

- Identificar si el paciente precisa cuidados continuos.
- Determinar si disminuirían riesgos con el uso correcto de mecanismos auxiliares (gafas, audífonos, andador).

2380 Manejo de la medicación.

- Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.
- Enseñar que debe consultar antes de tomar nueva medicación.
- Vigilar los niveles de suero en sangre (AST/ALT, creatinina, INR) para valorar normalización de valores.
- Enseñar que se pueden producir interacciones entre medicamentos.

Conclusión

Tras dos semanas de ingreso hospitalario sin mas complicaciones la paciente recibe el alta con buen estado general y sin repercusiones hepáticas.

Bibliografía

1. Poveda JL. Farmacia Hospitalaria. Navegando por la red. Sanofi-Synthélabo SA. 2000.
2. Melgar C. Envenenamiento por Medicamentos. Revista de Actualización Clínica 2013;36:18-47.
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud [Internet]. España; 2016. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2016/Informe_Anual_SNS_2016_completo.pdf.
4. Centro de Información de Medicamentos (CIMA). Paracetamol [Internet]. España; 2018. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/cima/publico/lista.html.
5. Comite de Medicamentos de la Asociacion Espanola de Pediatria. Pediamecum. Edicion 2015. Paracetamol (Acetaminofen). Disponible en: http://www.pediamecum.es.

Capítulo 149

Isoflavonas de la soja y su controversia en la menopausia

Cantero Rivero, Virginia

Nieto Aparicio, Saúl

Sánchez-Camacho González-Carrato, María José

Cantero Rivero, Jose Carlos

ISOFLAVONAS DE LA SOJA Y SU CONTROVERSIA EN LA MENOPAUSIA

Introducción

En la actualidad, el consumo de productos derivados de la soja, se ha relacionado con el alivio de algunos síntomas relacionados con el proceso menopáusico, hasta el punto de ser empleada por distintos especialistas en Ginecología.
La soja es una legumbre, se trata de la fuente mas importante de isoflavonas que conocemos y posee un alto valor nutritivo, en comparación con las legumbres que consumimos en nuestro país.
En este trabajo hemos pretendido valorar si el consumo de productos de isoflavonas de la soja, ayuda a disminuir los síntomas provocados por la menopausia o si, por el contrario, es un mito el beneficio que se desprende en la moda de su ingesta.

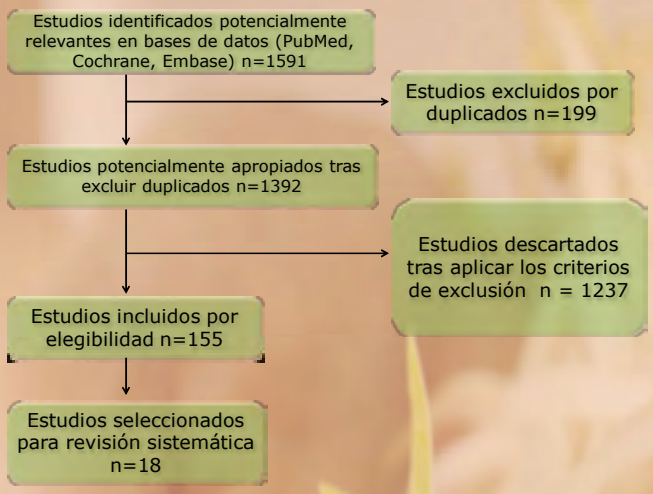
Objetivos

Nos planteamos como:

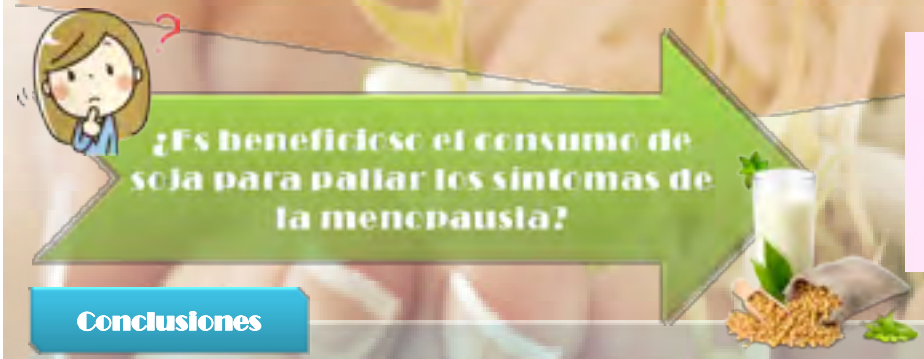
Objetivo principal:
- Estudiar el efecto del consumo de soja y sus derivados en mujeres menopáusicas.

Objetivos secundarios:
- Averiguar si el consumo de soja provoca una disminución de los síntomas menopáusicos.
- Determinar si produce efectos secundarios en las mujeres que la consumen.

Material y método



Estrategia de Búsqueda: Se realiza una búsqueda sistemática de los diferentes estudios existentes en las bases de datos Cochrane, Embase y PubMed.
Palabras clave: Isoflavonas, soja, fitoestrógenos, menopausia, síntomas
Criterios de inclusión:
•Según diseño de los estudios: revisiones sistemáticas de ensayos clínicos, ensayos clínicos controlados aleatorizados y doble ciego.
•Según tipo de participantes: mujeres menopáusicas con amenorrea de al menos seis meses.
•Según tipo de intervención: ingesta de soja en diferentes pautas de administración y presentación, comparadas con ingesta de placebo durante al menos tres meses.
•Según fecha de publicación e idioma: Estudios incluidos publicados a partir del año 2000 en inglés y castellano.
Criterios de exclusión:
•Se excluyeron los estudios cuyo tema principal fuese isoflavonas de otras fuentes (trébol rojo, legumbres, raíz de regaliz, semillas de lino).
•Estudios con uso de isoflavonas combinadas con otros complementos o tratamientos.
•Mujeres con cáncer de mama, o antecedentes en familiares de primer y segundo grado.





Conclusiones

Teniendo en cuenta la diversidad y complejidad de la sintomatología en el climaterio, no existen datos suficientes que evidencien la eficacia de las isoflavonas sobre los síntomas de este síndrome.
Sin embargo, diferentes estudios refieren una influencia positiva de las isoflavonas sobre la calidad de vida de la mujer climatérica.
Tras una profunda revisión de la bibliografía existente, parece que no existe una clara evidencia de la eficacia en cuanto a la mejoría del trofismo vaginal.
En relación a los sofocos, multitud de ensayos clínicos con nivel de evidencia B respaldan la eficacia de las isoflavonas para el tratamiento de los mismos. No obstante, existen otros ensayos que no han encontrado eficacia superior respecto al uso de placebo.
Referente a la osteoporosis postmenopaúsica, se ha evidenciado en diversos estudios la eficacia de las isoflavonas en la mejoría de parámetros del hueso tales como: densidad mineral ósea y marcadores de metabolismo óseo (evidencia B).
En cuanto a la protección cardiovascular, encontramos metaanálisis con nivel de evidencia A que apuntan hacia una disminución del colesterol total y LDL, optimizando el balance HDL/LDL, lo que conlleva la disminución del riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares gracias al efecto antioxidante y cardioprotector de las isoflavonas.
Respecto a la seguridad de su uso, la conclusión a la que llegamos es que las isoflavonas están exentas de efectos secundarios o contraindicaciones salvo mínimos problemas digestivos asociados a la cápsula que las contiene. Este aspecto está avalado con un nivel de evidencia ‘’Ia’’.
Aunque los estudios sobre este tema se han incrementado notablemente en los últimos años, la evidencia aportada hasta la actualidad resulta insuficiente dada la calidad metodológica de los mismos. Por tanto, resultan necesarios nuevos estudios sobre este tema para extrapolar resultados más concluyentes.

Resumen: *Dada la controversia actual acerca de los efectos de la soja y sus derivados en la mujer menopaúsica, se realiza una búsqueda sistemática con el objetivo de demostrar si el consumo de este tipo de productos es eficaz para disminuir los síntomas menopaúsicos o si, por el contrario, el beneficio de su consumo carece de evidencia científica.*

Palabras Clave: *Isoflavonas; fitoestrógenos; menopausia.*

Introducción

En la actualidad, el consumo de productos derivados de la soja, se ha relacionado con el alivio de algunos síntomas relacionados con el proceso menopáusico, hasta el punto de ser empleada por distintos especialistas en Ginecología. La soja es una legumbre, se trata de la fuente mas importante de isoflavonas que conocemos y posee un alto valor nutritivo, en comparación con las legumbres que consumimos en nuestro país. En este trabajo hemos pretendido valorar si el consumo de productos de isoflavonas de la soja, ayuda a disminuir los síntomas provocados por la menopausia o si, por el contrario, es un mito el beneficio que se desprende en la moda de su ingesta.

Objetivos

Nos planteamos como:

Objetivo principal:

- Estudiar el efecto del consumo de soja y sus derivados en mujeres menopáusicas.

Objetivos secundarios:

- Averiguar si el consumo de soja provoca una disminución de los síntomas menopáusicos.
- Determinar si produce efectos secundarios en las mujeres que la consumen.

Material y método

Estrategia de búsqueda: Se realiza una búsqueda sistemática de los diferentes estudios existentes en las bases de datos Cochrane, Embase y PubMed. Se indentificaron 1591 trabajos potencialmente relevantes de los cuales finalmente fueron seleccionados 18 tras aplicar los criterios de ***exclusion y descartar los duplicados.***

Palabras clave: Isoflavonas, soja, fitoestrógenos, menopausia, síntomas

Criterios de inclusión:

- Según diseño de los estudios: Revisiones sistemáticas de ensayos clínicos, ensayos clínicos controlados aleatorizados y doble ciego.
- Según tipo de participantes: Mujeres menopáusicas con amenorrea de al menos seis meses.
- Según tipo de intervención: Ingesta de soja en diferentes pautas de administración y presentación, comparadas con ingesta de placebo durante al menos tres meses.

ISBN: 978-84-949197-6-3

- Según fecha de publicación e idioma: Estudios incluidos publicados a partir del año 2000 en inglés y castellano.

Criterios de exclusión:

- Se excluyeron los estudios cuyo tema principal fuese isoflavonas de otras fuentes (trébol rojo, legumbres, raíz de regaliz, semillas de lino).
- Estudios con uso de isoflavonas combinadas con otros complementos o tratamientos.
- Mujeres con cáncer de mama, o antecedentes en familiares de primer y segundo grado.

Conclusiones

Teniendo en cuenta la diversidad y complejidad de la sintomatología en el climaterio, no existen datos suficientes que evidencien la eficacia de las isoflavonas sobre los síntomas de este síndrome. Sin embargo, diferentes estudios refieren una influencia positiva de las isoflavonas sobre la calidad de vida de la mujer climatérica. Tras una profunda revisión de la bibliografía existente, parece que no existe una clara evidencia de la eficacia en cuanto a la mejoría del trofismo vaginal. En relación a los sofocos, multitud de ensayos clínicos con nivel de evidencia B respaldan la eficacia de las isoflavonas para el tratamiento de los mismos. No obstante, existen otros ensayos que no han encontrado eficacia superior respecto al uso de placebo. Referente a la osteoporosis postmenopaúsica, se ha evidenciado en diversos estudios la eficacia de las isoflavonas en la mejoría de parámetros del hueso tales como: densidad mineral ósea y marcadores de metabolismo óseo (evidencia B). En cuanto a la protección cardiovascular, encontramos metaanálisis con nivel de evidencia A que apuntan hacia una disminución del colesterol total y LDL, optimizando el balance HDL/LDL, lo que conlleva la disminución del riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares gracias al efecto antioxidante y cardioprotector de las isoflavonas. Respecto a la seguridad de su uso, la conclusión a la que llegamos es que las isoflavonas están exentas de efectos secundarios o contraindicaciones salvo mínimos problemas digestivos asociados a la cápsula que las contiene. Este aspecto está avalado con un nivel de evidencia ''Ia''. Aunque los estudios sobre este tema se han incrementado notablemente en los últimos años, la evidencia aportada hasta la actualidad resulta insuficiente dada la calidad metodológica de los mismos. Por tanto, resultan necesarios nuevos estudios sobre este tema para extrapolar resultados más concluyentes.

Bibliografía

1. Haya J, Guerra JA, editores. Consensos en Fitoterapia Ginecológica. Madrid. Editorial Médica Panamericana; 2008: 1-103.
2. Canales Ugarte S. Relación entre el consumo de isoflavonas de soja y las concentraciones de colesterol: revisión de la evidencia. Endocrinol Nutr. 2006; 53 (10): 599-606.
3. Castelo-Branco C, coordinador. Osteoporosis y Menopausia. 2 ed. Madrid, Editorial Médica Panamericana; 2008: 229-239.
4. Medline Plus Enciclopedia Médica. [Serial online]. Disponible en URL: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/007204.htm. [Última visita23/03/2019: 17'15h]
5. Nikander E, Rutanen EM, Nieminem P, Wahlström T, Ylikorkala O, Tiitinen A. Lack of effect of isoflavonoids on the vagina and endometrium in postmenopausal women. January 2005; 83 (1): 137-42.

Capítulo 150

Isquemia de miembros inferiores en paciente sometido a hemodiálisis, caso clínico

Ramírez de Orol, Miguel Ángel

Valiente Sobrino, Liliana

ISQUEMIA DE MIEMBROS INFERIORES EN PACIENTE SOMETIDO A HEMODIÁLISIS, CASO CLINICO.

Autores: RAMIREZ DE OROL, M.A., VALIENTE SOBRINO, L.

INTRODUCCION

Es llamativa y a la vez poco conocida, la incidencia de la amputación no traumática de MMII entre pacientes en Hemodiálisis (tratamiento sustitutivo de la función renal), entre los que existe una alta prevalencia de enfermedad vascular; dado el incremento de la inclusión en éstos programas de pacientes Diabéticos de edad avanzada que hace presagiar un incremento de arteriopatía periférica, conviene elaborar estrategias a fin de prevenir, diagnosticar precozmente y minimizar la progresión a isquemia crítica. Teniendo en cuenta la relación de factores tales como como edad avanzada, sexo masculino, Diabetes (dada la alta prevalencia de enfermedad arterial periférica), historia de eventos cardiovasculares (tipo HTA, IAM, ACV), Tabaquismo, y parámetros analíticos alterados (hipercolesterolemia), además del Tiempo en Hemodialisis son condicionantes de amputación mayor o menor, por tanto están relacionados con la patología arteriosclerótica, hemos de hacer un seguimiento exquisito y multidisciplinar de éstos pacientes a fin de minimizar complicaciones y lesiones crónicas e invalidantes que supongan un menoscabo en su calidad de vida o el incremento de su grado de dependencia.

OBSERVACION CLINICA

Antecedentes personales: Varón de 71 años, NO AMC, DM tipo II, HTA.Gammapatía monoclonal y proteinuria en estudio.
Estenosis aortica severa FEVI 50%, Arteriopatía periférica. En 2014 Isquemia subaguda gIII en MID con By pass femoropoplíteo 3ª con vena safena in situ; estenosis crítica del injerto con posterior reparación mediante angioplastia. FA permanente. En 2016 ICC por anemia severa. SAHS con afectación oximetrica moderada, tratamiento con CPAP.
Exploración Física: Consciente, orientado, disnea de reposo, afebril, impresiona de gravidez, palidez cutaneo mucosa y ligera sudoración, Intenso dolor al reposo. MII fe 3 resto ausentes. IVC severa con hiperqueratosis e hiperpigmentación en calcetín; varices en pantorrilla en territorio SI, necrosis seca 2-3-4-5 dedos
Exploración complementaria 1: Dúplex venoso MII: SI insuficiente y dilatada en todo su trayecto, que mide 9,6 mm en pantorrilla y 7,9 en muslo.
Exploración complementaria 2: Angiotac reciente (no pudo realizarse arteriografía por no progresión de la guía a través de femoral izda.), Tiene oclusión de AFS con recanalización en poplítea y peronea con lesiones en vasos distales.
Exploracin complementaria 3: Hemocultivos: Staphilococcus epidermis. Cultivo exudado de úlcera: Staphilococcus aureus.
Diagnóstico principal: Neumonía derecha, Insuficiencia renal crónica reagudizada, Diabetes TII, Isquemia crónica g IV MII, necrois seca digital.
Evolución: se comenta la indicación de by pass F-distal MII+amputacion digital, firma CI y se incluye en LEQ.
Interconsultas: PIC Cirugía Vascular, Cardiología.
Tratamiento: Dieta diabetes, sin sal, baja en K, Curas dirias con Betadine, tratamiento habitual, analgesia si precisa, ingresa en programa de Hemodiálisis, implantación de catéter permanente,, antibiótico en diálisis.

PLAN DE CUIDADOS

El caso objeto de estudio dada su mala adherencia al tratamiento, llega muy evolucionado al EAP, derivado desde el Servicio de Cirugía vascular, tras acudir al SUH por Neumonía, IRC reagudizada, refiriendo ya dolor intenso de MMII en reposo, a la exploración se objetivan alteración en la pigmentación cutánea, lesiones tróficas y vasculares irreversibles, que lo sitúan en la clasificación IV de Fontaine, se inicia seguimiento y curas por enfermería diarias con Betadine por indicación del Cirujano vascular hasta ser sometido amputación 4 meses después.

ETIQUETA	NANDA	NOC	NIC	ACTIVIDADES
DOLOR AGUDO (00132)	DOLOR AGUDO R/C AGENTES LESIVOSFISICOS OCASIONADOS POR ISQUEMIA CRITICA	• NIVEL DEL DOLOR (2102) • CONTROL DEL DOLOR (1605) • DOLOR: EFECTOS NOCIVO (2101)	• MANEJO DEL DOLOR (1400) • ADMINISTRACION DE ANALGESICOS (2210)	• EVALUAR LA EFICACIA DE LAS MEDIDAS DE ALIVIO DEL DOLOR A TRAVES DE UNA VALORACION CONTINUA DE LA EXPERIENCIA DOLOROSA (140033) • DETERMINAR LA UBICACIÓN, 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	• NIVEL DEL DOLOR (2102) • CONTROL DEL DOLOR (1605) • DOLOR: EFECTOS NOCIVO (2101)	• MANEJO DEL DOLOR (1400) • ADMINISTRACION DE ANALGESICOS (2210)	• COMPROBAR EL HISTORIAL DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS (221003) • PROPORCIONAR A LA PERSONA UN ALIVIO DEL DOLOR OPTIMO MEDIANTE ANALGEICO 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 OCASIOADA POR ARTERIOPATIA	• ESTADO CIRCUATORIO (0401) • PERFUSION TISULAR PERIFERICA (0407) • INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS (1101)	• PRECAUCINES CIRCULATORIAS (4070) • CUIDADOS CIRCULATORIOS: INSUFICIENCIA ARTERIAL (4062) • VIGILANCIA DE LA PIEL (5390)	• 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)
DETERIODO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA (00046)	DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA R/C ULCERA VASCULAR OCASIONADA POR ARTERIOPATIA	• CURACION DE LA HERIDA POR SEGUNDA INTENCION (1103) • INTEGRIDAD DE LA PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS (1101)	• VIGILANCIA DE LA PIEL (3590) • CUIDADOS DE LAS HERIDAS (3660) • PRECAUCIONES CIRCULATORIAS (4070) • ASESORAMIENTO NUTRICIONAL (5246)	• 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 S 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	• CURACION DE LA HERIDA POR SEGUNDA INTENCION (1103) • CONTROL DEL RIESGO (1902) • DETECCION DEL RIEGO (1908)	• EDUCACION SANITARIA (5510) • VIGILANCIA (6650) • CUIDADOS DE LAS HERIDAS (3660) • CONTROL DE INFECCIONES (5640) • PROTECCION CONTRA INFECCIONES (6550)	• 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 RIEGO (665022) • LAVARSE LAS MANOS ANTES Y DESPUES E CADA ACTIVIDAD DE CUIDADOS DE PACIENTES (564012) • INSTRUIR AL PACIENTE Y A LA FAMILIA ACERCA DE SIGNOS Y SINTOMAS DE INFECCIO 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 DEINTERES, MALA INTERPRETACION DE LA INFORMACION Y FALTA DE EXPOSICION AL PROBLEMA	CONOCIMIENTO: • CONDUCTA SANITARIA (1805) • PROCESO DE LA ENFERMEDAD (1803) • CUIDADOS EN LA ENFERMEDAD (1824) • MEDICACION (1808) • REGIMEN TERAPEUTICO (1813)	• EDUCACION SANITARIA (5510) • FACILITAR EL APRENDIZAJE (5520) • ENSEÑANZA: PROCESO DE LA ENFERMEDAD (5602) • ENSEÑANZA: INDIVIDUAL (5606) • ENSEÑANZA: MEDICAMENTOS PRESCRITO (5616) • ENSEÑANZA: PROCEDIMIENTO/TRATAMIENTO (5618)	• 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 DELPACIENTE 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	• TOLERANCIA DE LA ACTIVIDAD (005) • DOLOR: EFECTOS NOCIVOS (2101)	• MANEJO DEL DOLOR (1400) • TERAPIA DE ACTIVIDAD (4310) • ENSEÑANZA ACTIVIDAD/EJERCICIO: (5612)	• 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 FARMOLOGICA E INTERPERSONAL) QUE FACILITEN EL ALIVIO DEL DOLOR (140018)
TEMOR (00148)	TERMOR MIEDO Y ANSIEDAD OCASIONADO POR	• NIVEL DE MIEDO (1210) • AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD (1402)	• POTENCIACION DE LA SEGURIDAD. • DISMINUCION DE LA ANSIEDAD (5820) • TECNICA DE RELAJACION (5880)	• ESCUCHAR LOS MIEDO DEL PACIENTE/FAMILIA (538014) • DISCUTIR LOS CAMBIOS QUE SE AVECINEN ANTES DEL SUCESO (538008) • DISCUTIR POSIBLES MEDIDAS DE CONTROL DEL DOLOR (561013)


DIA 0


DIA 5


DIA 15


DIA 20


DIA 25


DIA 30

CONCLUSION

Dado el incremento de la esperanza de vida, la patología vascular, concretamente la isquemia crítica de MMII, es una enfermedad de carácter degenerativo, progresivo multicausal y multifocal, de graves e incapacitantes secuelas e incluso letales consecuencias, cuya prevalencia se ve incrementada considerablemente en la población actual. Por ello nuestra actuación desde el sistema sanitario ha de ser multidisciplinar, implicando a los diferentes niveles asistenciales, para ello la sociedad Española de Medicina Familiar y comunitaria y la Sociedad Española de Angiología y Cirugía vascular han elaborado un documento para identificación, derivación precoz y priorización de éste tipo de patologías a fin de asegurar la continuidad de la asistencia sanitaria. El papel del Equipo de atención primaria (EAP) es primordial en el diagnóstico de ésta patología, pues ante los síntomas referidos por el paciente y mediante la realización de una anamnesis dirigida, la exploración vascular completa (palpación de pulsos, auscultación de soplos) búsqueda de lesiones, etc., y si procede la estratificación del riesgo a través de la rápida, sencilla y económica exploración del índice tobillo brazo (ITB) se remitirá a los pacientes subsidiarios de cirugía al especialista o se llevará un seguimiento protocolizado y periódico desde atención primaria. Es importante estar alerta ante signos de alarma, referidos por el paciente u observados por el profesional, a fin de evitar el agravamiento de cuadros que evolucionan en un breve intervalo de tiempo negativamente y de forma irreversible, a fin de iniciar el tratamiento o derivarlos al especialista pertinente (a Unidad de pié de diabético, Cirugía vascular, Podología) a la mayor brevedad, contrariamente al caso objeto de estudio, cuyo desenlace hubiera sido más favorable para el paciente de acudir antes a consulta, Asimismo queda patente la utilidad del plan de cuidados de enfermería en el seguimiento y resolución de problemas de salud, incrementando la calidad de los cuidados enfermeros y mejorando la atención sanitaria mediante su protocolización y estandarización

BIBLIOGRAFIA

- Hernández, R. L., & Vilardell, P. L. (2011). Isquemia crítica de miembros inferiores: una enfermedad cada vez más prevalente. *Medicina clínica*, *136*(3), 106-108.
- Montoya, S. B., Sánchez, S. D., Nevárez, I. S., Camps, E. F., Quesada, F. F., & Farrés, N. P. (2012). Criterios de derivación entre niveles asistenciales de pacientes con patología vascular. Documento de consenso semFYC-SEACV. *Atención Primaria*, *44*(9), 555-e1.
- Perales, M. S., Cortés, M. G., Utiel, F. B., Viedma, G., Gil, J. M., del Barrio, P. P., & Pérez, V. (2005). Incidencia y factores de riesgo de amputación no traumática de miembros inferiores en los pacientes en hemodiálisis. *Nefrología*, *25*(4), 399-406.

Resumen: *El aumento de la esperanza de vida se asocia a diferentes patologías degenerativas e invalidantes, mediante el análisis del caso que exponemos, de paciente diabético, hipertenso, con arteriopatía periférica y sometido a diálisis, concluimos que diagnóstico y tratamiento precoces son decisivo para frenar su progresión y minimizar posibles secuelas que supongan un menoscabo en el bienestar, calidad de vida e independencia del paciente pluripatológico.*

Palabras Clave: *Isquemia; diálisis; diabetes.*

Justificación

Es llamativa y poco conocida, la incidencia de la amputación no traumática de MMII, en pacientes sometidos a Hemodiálisis (tratamiento sustitutivo de la función renal), entre los que se da una alta prevalencia de enfermedad vascular; el incremento de la inclusión en éstos programas, de pacientes Diabéticos de avanzada edad, hace presagiar un aumento de arteriopatías periféricas. Conviene elaborar estrategias a fin de prevenir, diagnosticar precozmente y reducir la progresión a isquemia crítica; teniendo en cuenta que la relación de factores como edad avanzada, sexo masculino, Diabetes (dada la alta prevalencia de enfermedad arterial periférica), historia de eventos cardiovasculares (HTA, IAM, ACV), tabaquismo, y parámetros analíticos alterados (hipercolesterolemia), además del tiempo en Hemodiálisis, son condicionantes de amputación mayor o menor, y por tanto se relacionan con la patología arteriosclerótica. El seguimiento multidisciplinar y exquisito de éstos pacientes supondría minimizar complicaciones o lesiones crónicas e invalidantes que ocasionarían el menoscabo de su calidad de vida e incremento del grado de dependencia.

Observación clínica

Antecedentes personales: Varón de 71 años, NO AMC, DM tipo II, HTA. Gammapatía monoclonal y proteinuria en estudio.

Estenosis aortica severa FEVI 50%, Arteriopatía periférica. En 2014 Isquemia subaguda GIII en MID con By pass femoropopliteo 3ª con vena safena in situ; estenosis crítica del injerto con posterior reparación mediante angioplastia. FA permanente. En 2016 ICC por anemia severa. SAHS con afectación oximÉtrica moderada, tratamiento con CPAP.

Exploración física: Consciente, orientado, disnea de reposo, afebril, impresiona de gravidez, palidez cutaneo mucosa y ligera sudoración, Intenso dolor al reposo. MII fe 3 resto ausentes. IVC severa con hiperqueratosis e hiperpigmentación en calcetín; varices en pantorrilla en territorio SI, necrosis seca 2-3-4-5 dedos

Exploración complementaria 1: Dúplex venoso MII: SI insuficiente y dilatada en todo su trayecto, que mide 9,6 mm en pantorrilla y 7,9 en muslo.

Exploración complementaria 2: Angiotac reciente (no se realiza arteriografía por no progresión de la guía a través de femoral izda); oclusión de AFS con recanalización en poplítea y peronea con lesiones en vasos distales.

Exploración complementaria 3: Hemocultivos: Staphilococcus epidermis, cultivo exudado de úlcera: Staphilococcus aureus.

Diagnóstico principal: Neumonía derecha, Insuficiencia renal crónica reagudizada, diabetes TII, Isquemia crónica g IV MII, necrosis seca digital.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Evolución: Indicación de by pass F-distal MII+amputacion digital, firma CI, incluyo en LEQ.

Interconsultas: PIC cirugía vascular, cardiología.

Tratamiento: Dieta diabetes, sin sal, baja en K, curas diarias con Betadine, tratamiento habitual, analgesia si precisa, ingreso en P de Hemodiálisis, implantación de catéter permanente, antibiótico en diálisis.

Plan de cuidados

Dada la mala adherencia del paciente al tratamiento, llega muy evolucionado al EAP, derivado desde el servicio de Cirugía vascular, tras acudir al SUH por Neumonía, IRC reagudizada, refiriendo ya dolor intenso de MMII en reposo, objetivándose alteraciones en la pigmentación cutánea, lesiones tróficas y vasculares irreversibles, a la exploración, que lo sitúan en la clasificación IV de Fontaine, se comienza seguimiento y curas diaria por enfermería, con Betadine según indicación de cirugía vascular hasta amputación cuatro meses después.

Conclusión

Dado el aumento de la esperanza de vida y la patología vascular asociada, la isquemia crítica de MMII, de carácter degenerativo, progresivo, multicausal y multifocal, y graves, incapacitantes e incluso letales consecuencias, cuya prevalencia se ve incrementada considerablemente en la sociedad actual, hemos desde el sistema sanitario actuar de forma multidisciplinar, implicando a los diferentes niveles asistenciales, para ello la sociedad Española de Medicina Familiar y comunitaria y la Sociedad Española de Angiología y Cirugía vascular han elaborado un documento para identificación, derivación precoz y priorización de éstas patologías, a fin de asegurar la continuidad de la asistencia sanitaria. El papel del Equipo de atención primaria (EAP) es primordial en el diagnóstico de ésta patología, pues ante los síntomas referidos por el paciente y mediante la realización de una anamnesis dirigida, la exploración vascular completa (palpación de pulsos, auscultación de soplos) búsqueda de lesiones, etc., y si procede la estratificación del riesgo a través de la rápida, sencilla y económica exploración del índice tobillo brazo (ITB) se remitirá a los pacientes subsidiarios de cirugía, al especialista o se llevará un seguimiento estandarizado desde atención primaria. Es importante estar alerta ante signos de alarma, referidos por el paciente u observados por el profesional, a fin de evitar el agravamiento de los cuadros, que evolucionan negativamente en un breve intervalo de tiempo y de forma irreversible, a fin de iniciar el tratamiento o derivarlos al especialista (Unidad de pié de diabético, cirugía vascular, podología) a la mayor brevedad, contrariamente al caso objeto de estudio, cuyo desenlace hubiera sido más favorable para el paciente de acudir antes a consulta, Asimismo queda patente la necesidad del plan de cuidados de enfermería para el seguimiento y resolución de problemas de salud, dotando de mayor calidad a los cuidados enfermeros y mejorando la atención sanitaria mediante la protocolización y estandarización de la misma.

Bibliografía

1. Hernández, R. L., & Vilardell, P. L. (2011). Isquemia crítica de miembros inferiores: una enfermedad cada vez más prevalente. Medicina clínica, 136(3), 106-108.
2. Montoya, S. B., Sánchez, S. D., Nevárez, I. S., Camps, E. F., Quesada, F. F., & Farrés, N. P. (2012). Criterios de derivación entre niveles asistenciales de pacientes con patología vascular. Documento de consenso semFYC-SEACV. Atención Primaria, 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. (2005). Incidencia y factores de riesgo de amputación no traumática de miembros inferiores en los pacientes en hemodiálisis. Nefrología, 25(4), 399-406.

Capítulo 151

ITU selectiva en tratamiento con Azacitidina

Peralbo Aparicio, Ana

Ledesma Gómez, Jesús

Zarca Cano, María

Román Alcántara, Moisés

Gallego Romero, Inmaculada

ITU SELECTIVA EN TRATAMIENTO CON AZACITIDINA

INTRODUCCIÓN

Una infección de las vías urinarias o IVU es una infección del tracto urinario.
La mayoría de las IVU son causadas por bacterias que ingresan a la uretra y luego a la vejiga. La infección se desarrolla con mayor frecuencia en la vejiga, pero puede propagarse a los riñones. La mayoría de las veces, el cuerpo puede librarse de estas bacterias. Sin embargo, ciertas afecciones aumentan el riesgo de padecer IVU.

Azacitidina (Vidaza®) está indicado para el tratamiento de pacientes adultos que no se consideran candidatos a trasplante de células madre hematopoyéticas (TCMH) y que padecen:

- Síndromes mielodisplásicos (SMD) intermedios 2 y de alto riesgo, según el sistema internacional de puntuación pronóstica (IPSS).
- Leucemia mielomonocítica crónica (LMMC) con el 10 al 29 % de blastos medulares sin trastorno mieloproliferativo.
- Leucemia mieloide aguda (LMA) con 20 al 30 % de blastos y displasia multilínea, según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- LMA con >30 % de blastos medulares según la clasificación de la OMS.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo.
La administración de Azacitidina será mediante inyección subcutánea, diariamente, durante siete días(en nuestro hospital se administra durante 5 días),previa toma de corticoides y antihistamínico para evitar cualquier reacción adversa, seguido de un periodo de reposo de 21 días (ciclo de tratamiento de 28 días).
Se recomienda que los pacientes reciban tratamiento durante un mínimo de seis ciclos. El tratamiento debe continuarse mientras el paciente siga beneficiándose o hasta la progresión de la enfermedad.

OBJETIVOS

El objetivo de este póster es mostrar la incidencia de ITUs en la población femenina tras la administración del tratamiento quimioterápico con Azacitidina respecto a la población masculina

RESULTADOS

PACIENTE	SEXO	EDAD	DIAGNÓSTICO	N.º CICLOS	INICIO ITU
1	M ♂	67a	SMDA	10(03/16-05/17)	Ø
2	M ♂	74a	SMDA	6(05/17-11/17)	Ø
3	F ♀	81a	LEUCEMIA CUTIS	16(10/17-ACTUALIDAD)	4ºCICLO(01/18)
4	F ♀	79a	SMDA/LA	12(01/18-01/19)	2ºCICLO(02-18)
5	F ♀	83a	SMDA/LA	5(06/18-11/18)	3ºCICLO(08/18)
6	M ♂	72a	SMDA	6(10/18-ACTUALIDAD)	Ø
7	F ♀	81a	SMDA	5(11/18-ACTUALIDAD)	3ºCICLO(01/19)
8	M ♂	69a	SMDA	5(11/18-ACTUALIDAD)	Ø

CONCLUSIONES

Si bien es cierto que el fármaco con el que estamos trabajando es un inmunosupresor y como tal puede provocar infecciones oportunistas entre ellas la infección del tracto urinario,nos podemos fijar que en nuestra muestra sólo la población femenina tratada con este fármaco presenta ITU en torno al 2º-3º ciclo de haber comenzado con dicho quimioterápico y hallándose en las pruebas complementarias de laboratorio(urocultivo) la presencia de la bacteria *Escherichia Coli*

BIBLIOGRAFÍA

https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000521.htm
https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/vidaza-epar-product-information_es.pdf

Resumen: *De acuerdo a la evidencia actual, es ampliamente conocido que el tratamiento de los enfermos hematológicos suele asociar un incremento de infecciones tanto habituales como oportunistas como un efecto secundario, más allá del riesgo inherente causado por la propia enfermedad.La inmunosupresión provocada por el tratamiento con agentes quimioterápicos es un factor a tener en cuenta a la hora de su administración,en el caso de la Azacitidina, el sexo femenino se muestra más sensible a bacterias como la E-coli, provocando infecciones del tracto urinario respecto al sexo masculino tras la administración de los primeros ciclos para el tratamiento del Síndrome Mielodisplásico.*

Palabras Clave: *Infección; terapéutica; sexo.*

Introducción

Una infección de las vías urinarias o IVU es una infección del tracto urinario.

La mayoría de las IVU son causadas por bacterias que ingresan a la uretra y luego a la vejiga. La infección se desarrolla con mayor frecuencia en la vejiga, pero puede propagarse a los riñones. La mayoría de las veces, el cuerpo puede librarse de estas bacterias. Sin embargo, ciertas afecciones aumentan el riesgo de padecer IVU.

Vidaza está indicado para el tratamiento de pacientes adultos que no se consideran candidatos a trasplante de células madre hematopoyéticas (TCMH) y que padecen:

- Síndromes mielodisplásicos (SMD) intermedios 2 y de alto riesgo, según el sistema internacional de puntuación pronóstica (IPSS).
- Leucemia mielomonocítica crónica (LMMC) con el 10 al 29 % de blastos medulares sin trastorno mieloproliferativo.
- Leucemia mieloide aguda (LMA) con 20 al 30 % de blastos y displasia multilínea, según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- LMA con >30 % de blastos medulares según la clasificación de la OMS.

Material y métodos

Se realiza un estudio descriptivo,observacional,longitudinal

La administración de Azacitidina será mediante inyección subcutánea, diariamente, durante siete días(en nuestro hospital se administra durante 5 días),previa toma de corticoides y antihistamínico para evitar cualquier reacción adversa, seguido de un periodo de reposo de 21 días (ciclo de tratamiento de 28 días).

Se recomienda que los pacientes reciban tratamiento durante un mínimo de seis ciclos. El tratamiento debe continuarse mientras el paciente siga beneficiándose o hasta la progresión de la enfermedad.

Objetivos

El objetivo de este póster es mostrar la incidencia de ITUs en la población femenina tras la administración del tratamiento quimioterápico con Azacitidina respecto a la población masculina.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Resultados

Tras revisar 8 casos, observamos que el evento «infección de vía urinaria» aparece con una frecuencia mayor de la descrita en los datos publicados.

Bibliografía

1. Garzás-Martín de Almagro M.C. et al. Efectividad y seguridad de 5-azacitidina en tres pacientes con síndrome mielodisplásico. Elsevier. Farm Hosp.2010;34(4):204-208. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-hospitalaria-121-articulo-efectividad-seguridad-5-azacitidina-tres-pacientes-S1130634310000322.
2. De la Rosa M,Ramos M,Ruiz-Bravo A. La célula bacteriana. Microbiología en Ciencias de la Salud. 2004.
3. Montes Escalante IM, Rivas Rodriguez R, Asensi Díez R,et al. Azacitidina en el síndrome mielodisplásico. Guía Farmacoterapéutica de Hospitales de Andalucía. Informe Génesis vol 3.0.2009.Disponible en: https://gruposdetrabajo.sefh.es/genesis/genesis/Documents/Azacitidina%20SMD_GFTHA_1009.pdf.

Capítulo 152

La alimentación en diabéticos y la importancia de la Educación para la Salud

González Redondo, María

Navarro Díez, Macarena

La alimentación en diabéticos y la importancia de la Educación para la Salud

INTRODUCCIÓN:

La diabetes es un trastorno metabólico que se caracteriza principalmente por el aumento crónico de la glucosa en sangre (hiperglucemia) como consecuencia de una secreción anómala de insulina (hormona producida por el páncreas) o del efecto de esta. Con el tiempo, la enfermedad puede causar daños, disfunción e insuficiencia de diversos órganos como los riñones, aparato circulatorio, órgano de la visión, etc. La dieta saludable, la actividad física regular, el mantenimiento de un peso corporal normal y evitar el consumo de tabaco contribuyen a prevenir la diabetes o retrasar su aparición, son las principales medidas a seguir para el control y manejo de la enfermedad, y en las que la **EPS** juega un papel importante.
Elegimos pacientes con diabetes mellitus tipo II, tras haber objetivado deficiencias en cuanto al manejo de la dieta.

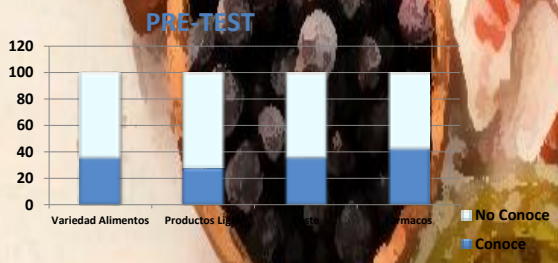
OBJETIVO

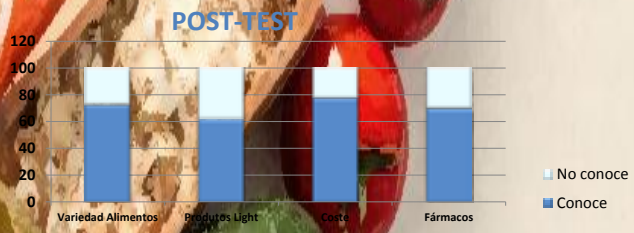
- Evaluar la eficacia de la Educación Sanitaria que se proporciona en la consulta sobre su enfermedad.
- Conseguir que los pacientes adquieran habilidades necesarias para su autocuidado.
- Mejorar la calidad de vida relacionada con la salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio observacional transversal y descriptivo en un centro de salud. La población a estudio fueron hombres y mujeres que acudían a las charlas de educación sanitaria para paciente diabético.
Se realizó un muestreo no probabilístico y consecutivo de los asistentes que tras consentimiento informado participan en el estudio.
Se excluyeron las encuestas incompletas.
El instrumento utilizado fue una encuesta "ad hoc" de 9 preguntas con respuesta dicotómica (si/no) en relación a conocimientos sobre la dieta/alimentación en diabetes.
Se realizó un test previo al inicio de la charla y otro tras finalizarla.
La variable principal medida fue el grado de conocimiento adquirido.
Se utilizó estadística descriptiva para el análisis de los datos, realizándose el análisis con el programa Excel de Windows en su versión de 2010.

RESULTADOS





Obtuvimos una tasa de respuesta del 100%.La muestra estudiada fueron 60 participantes, 35% mujeres y 65% varones, entre 60 y 80 años. Tras el análisis de los cuestionarios se observó un aumento de conocimientos. Destacamos que un 86,9% llevaba más de 5 años con diabetes, el 71% piensa que es una dieta muy específica y no puede comer lo mismo que su familia, un 65% dice que les resulta cara y desconoce que no es preciso comprar productos light, el 75% contesta que sólo con fármacos es suficiente para controlar la enfermedad y un 60% dice que la diabetes sólo es grave si se usa insulina.
El 65% cree que el azúcar sólo está en golosinas, bebidas azucaradas y dulces. El 75% cree que la leche por ser desnatada tiene menos hidrato de carbono que la entera y el 80% refleja que la dieta les resulta aburrida y monótona.

CONCLUSIONES

La EPS es una herramienta eficaz que permite al usuario la adquisición de conocimientos que influyen en su autocuidado y mejora la calidad de vida.

El método directo de transmitir información es muy útil al igual que revisar y reforzar las conductas llevadas a cabo por nuestros pacientes ya sea en la consulta o en este tipo de reuniones formativas

Resumen: *La diabetes puede causar daños en diversos órganos. Una dieta saludable, la actividad física, evitar el consumo de tabaco, contribuyen a prevenirla o retrasar su aparición y es donde la educación sanitaria juega un importante papel. Planteamos evaluar la eficacia de la educación sanitaria, conseguir que los pacientes adquieran habilidades para su autocuidado, para ello realizamos charlas en el centro de salud, evaluando los conocimientos de los pacientes antes y después de las sesiones. Destacamos un elevado desconocimiento acerca de la alimentación adecuada y pudimos comprobar que la educación sanitaria es una herramienta eficaz*

Palabras Clave: *Educación sanitaria; diabetes mellitus; alimentación.*

Introducción

La diabetes es un trastorno metabólico que se caracteriza principalmente por el aumento crónico de la glucosa en sangre (hiperglucemia) como consecuencia de una secreción anómala de insulina (hormona producida por el páncreas) o del efecto de esta. Con el tiempo, la enfermedad puede causar daños, disfunción e insuficiencia de diversos órganos como los riñones, aparato circulatorio, órgano de la visión, etc. La dieta saludable, la actividad física regular, el mantenimiento de un peso corporal normal y evitar el consumo de tabaco contribuyen a prevenir la diabetes o retrasar su aparición, son las principales medidas a seguir para el control y manejo de la enfermedad, y en las que la EPS (educación para la salud) juega un papel importante.

Elegimos pacientes con diabetes mellitus tipo II, tras haber objetivado deficiencias en cuanto al manejo de la dieta.

Objetivos

Evaluar la eficacia de la EPS y conseguir que los pacientes adquieran habilidades necesarias para su autocuidado.

Material y métodos

Realizamos un estudio observacional-transversal y descriptivo en un centro de salud. La población a estudio fueron hombres y mujeres que acudían a las charlas de educación sanitaria para paciente diabético.

Se realizó un muestreo no probabilístico y consecutivo de los asistentes que tras consentimiento informado participan en el estudio.

Se excluyeron las encuestas incompletas.

El instrumento utilizado fue una encuesta “ad hoc” de 9 preguntas con respuesta dicotómica (si/no) en relación a conocimientos sobre la dieta/alimentación en diabetes.

Se realizó un test previo al inicio de la charla y otro tras finalizarla.

La variable principal medida fue el grado de conocimiento adquirido.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Se utilizó estadística descriptiva para el análisis de los datos, realizándose el análisis con el programa Excel de Windows en su versión de 2010.

Resultados

Obtuvimos una tasa de respuesta del 100 %. La muestra estudiada fueron 60 participantes, 35 % mujeres y 65 % varones, entre 60 y 80 años. Tras el análisis de los cuestionarios se observó un aumento de conocimientos. Destacamos que un 86,9 % llevaba más de 5 años con diabetes, el 71 % piensa que es una dieta muy específica y no puede comer lo mismo que su familia, un 65 % dice que les resulta cara y desconoce que no es preciso comprar productos light, el 75 % contesta que sólo con fármacos es suficiente para controlar la enfermedad y un 60% dice que la diabetes sólo es grave si se usa insulina.

El 65 % cree que el azúcar sólo está en golosinas, bebidas azucaradas y dulces. El 75 % cree que la leche por ser desnatada tiene menos hidrato de carbono que la entera y el 80 % refleja que la dieta les resulta aburrida y monótona.

Conclusiones

La EPS es una herramienta eficaz que permite al usuario la adquisición de conocimientos que influyen en su autocuidado y mejora la calidad de vida.

El método directo de transmitir información es muy útil al igual que revisar y reforzar las conductas llevadas a cabo por nuestros pacientes ya sea en la consulta o en este tipo de reuniones formativas.

Bibliografía

1. Padilla G, Aráuz A y Roselló M. Metodología para evaluar la adherencia a la dieta en diabetes mellitus no insulino dependiente. Revista Costarricense de Ciencias Médicas, 1997 Diciembre; 18(4): 15-28.
2. Rubio A, Ardaíz B, Castilla M, Iñigo M. Evaluación del Control de la Diabetes y de los Factores de Riesgo Asociados a la Población Diabética en la Consulta de Enfermería. Enfermería Clínica, 2000; 10 (5): 185-191.
3. Manual de educación sanitaria para equipos de atención primaria. Diabetes Mellitus tipo 2. Novo Nordisk Pharma; 1995.

Capítulo 153

La epidemia de la obesidad. Evolución y situación actual

López Juárez, Mª Pilar

LA EPIDEMIA DE LA OBESIDAD. EVOLUCIÓN Y SITUACIÓN ACTUAL

INTRODUCCIÓN

La epidemia mundial de sobrepeso y obesidad se ha convertido en un importante problema de salud pública en muchas partes del mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), desde 1975, el número de personas obesas a nivel mundial casi se ha triplicado.

Se considera obesa a una persona mayor de 18 años cuando su Índice de Masa Corporal es igual o superior a 30. El IMC elevado es un factor de riesgo importante para padecer otras enfermedades crónicas (diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular, accidente cerebrovascular, hipertensión, algunos tipos de cáncer y patología osteoarticular).

OBJETIVOS

1. Cuantificar el aumento de adultos con obesidad a nivel mundial (en 25 países significativos) desde 1975 hasta 2016.
2. Comparar la prevalencia de obesidad en mayores de 18 años en las distintas Comunidades Autónomas españolas en el año 2017.

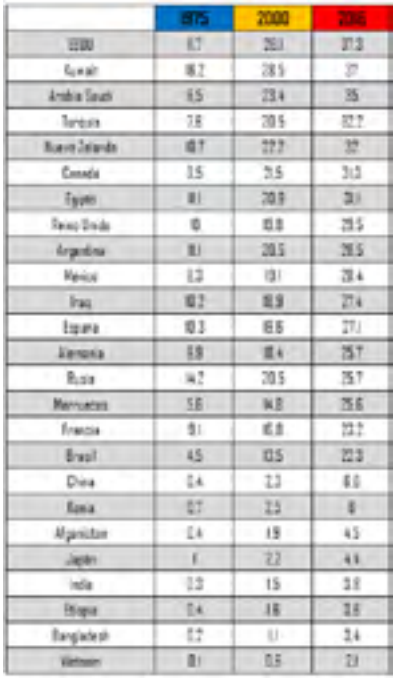
MATERIAL Y MÉTODO

Método: Revisión sistemática. Necesidades o problemas: Obesidad. Población identificada: Adultos mayores de 18 años cuyo IMC es igual o mayor a 30.

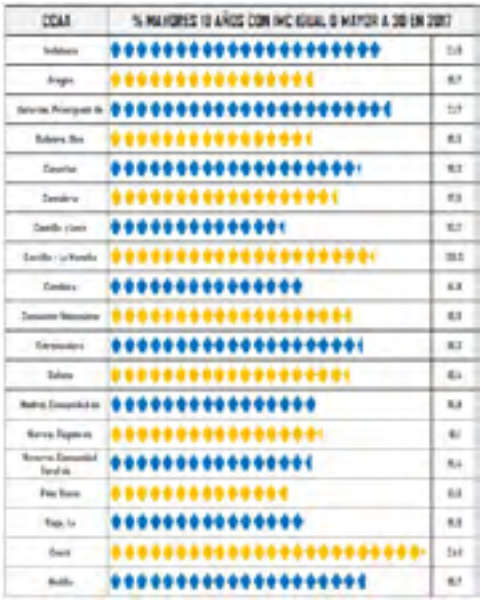
Recogida de información: Global Health Observatory visualizations (adultos con obesidad en 25 países significativos entre 1975 y 2016); Medline, Pubmed y Biblioteca Cochrane (tendencias mundiales en el IMC, términos MeSH "Body Mass Index*", "Global Health/statistics & numerical data" y "Obesity/epidemiology*"; INEbase (Indicadores de Calidad de Vida. Índice de masa corporal por masa corporal, CCAA y periodo).

RESULTADOS

PREVALENCIA DE OBESIDAD EN ADULTOS, IMC ≥ 30, ESTIMACIONES BRUTAS POR PAÍS (25 PAÍSES)



% ADULTOS MAYORES DE 18 AÑOS CON IMC ≥ 30 EN LAS DISTINTAS CCAA ESPAÑOLAS



CONCLUSIONES

1. El número de personas con obesidad en el mundo se ha multiplicado por tres desde 1975 hasta 2016. Mientras en 1975 sólo el 6,1% de la población mundial era obesa, en el año 2016 el porcentaje de obesos aumentó al 19,8%.
En 2016, el mayor porcentaje de adultos con obesidad se encuentra en EEUU y en Kuwait. Vietnam y Bangladesh son los países del mundo con menor prevalencia de obesidad.

2. La prevalencia de obesidad en España es alta (17,4% de la población adulta en 2017) aunque con una distribución desigual por Comunidades Autónomas (24,1% en Ceuta y 21,7% en Asturias frente al 13,8% en País Vasco y 13,4% en Castilla León).

BIBLIOGRAFÍA

1. GHO | By category | Body Mass Index (BMI) [Internet]. Apps.who.int. 2019 [consultado el 16 de Febrero de 2019]. Disponible en: http://apps.who.int/gho/data/node.main.BMIANTHROPOMETRY?lang=en
2. Índice de masa corporal por masa, corporal, CCAA y periodo. [Internet]. Ine.es. 2018 [consultado el 18 de febrero de 2019]. Disponible en: http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?type=pcaxis&path=/t00/ICV/dim3/10/&file=33101.px
3. (NCD-RisC) N. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. - PubMed - NCBI [Internet] [consultado el 12 de Febrero de 2019]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29029897.

Resumen: *La epidemia mundial de sobrepeso y obesidad se ha convertido en un importante problema de salud pública en muchas partes del mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), desde 1975 el número de personas obesas a nivel mundial casi se ha triplicado.*

Se considera obesa a una persona mayor de 18 años cuando su Índice de Masa Corporal (IMC) es igual o superior a 30. El IMC elevado es factor de riesgo importante para padecer otras enfermedades crónicas (diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular, accidente cerebrovascular, hipertensión, etc.).

En este trabajo veremos la evolución y situación actual de esta epidemia.

Palabras Clave: *Body Mass Index; Obesity/epidemiology; Global Health/statistics & numerical data.*

Introducción

La epidemia mundial de sobrepeso y obesidad se ha convertido en un importante problema de salud pública en muchas partes del mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), desde 1975, el número de personas obesas a nivel mundial casi se ha triplicado.

Se considera obesa a una persona mayor de 18 años cuando su Índice de Masa Corporal es igual o superior a 30. El IMC elevado es un factor de riesgo importante para padecer otras enfermedades crónicas (diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular, accidente cerebrovascular, hipertensión, algunos tipos de cáncer y patología osteoarticular).

Con este trabajo se pretende describir la evolución y la situación actual de esta epidemia del siglo XXI.

Objetivos

1. Cuantificar el aumento de adultos con obesidad a nivel mundial (en 25 países significativos) desde 1975 hasta 2016.
2. Comparar la prevalencia de obesidad en mayores de 18 años en las distintas Comunidades Autónomas españolas en el año 2017.

Material y método

Método: Revisión sistemática.

Necesidades o problemas: Obesidad.

Población identificada: Adultos mayores de 18 años cuyo IMC es igual o mayor a 30.

Recogida de información:

1. Global Health Observatory visualizations (adultos con obesidad en 25 países significativos entre 1975 y 2016).
2. Medline, Pubmed y Biblioteca Cochrane (tendencias mundiales en el IMC, términos MeSH "Body Mass Index*", "Global Health/statistics & numerical data" y "Obesity/epidemiology*".

ISBN: 978-84-949197-6-3

3. INEbase (Indicadores de Calidad de Vida. Índice de masa corporal por masa corporal, CCAA y periodo).

Resultados

1. Se enumera la prevalencia de obesidad en adultos, IMC ≥ 30, estimaciones brutas por país (en 25 países representativos) en los años 1975, 2000 y 2016:

- EEUU	11,7	26,1	37,3
- Kuwait	16,2	28,5	37
- Arabia Saudí	9,5	23,4	35
- Turquía	7,6	20,5	32,2
- Nueva Zelanda	10,7	22,2	32
- Canadá	9,5	21,5	31,3
- Egipto	11,1	20,9	31,1
- Reino Unido	10	19,8	29,5
- Argentina	11,1	20,5	28,5
- México	8,3	19,1	28,4
- Iraq	10,2	18,9	27,4
- España	10,3	19,6	27,1
- Alemania	9,9	18,4	25,7
- Rusia	14,2	20,5	25,7
- Marruecos	5,6	14,8	25,6
- Francia	9,1	16,8	23,2
- Brasil	4,5	13,5	22,3
- China	0,4	2,3	6,6
- Kenia	0,7	2,5	6
- Afganistan	0,4	1,9	4,5
- Japón	1	2,2	4,4
- India	0,3	1,5	3,8
- Etiopía	0,4	1,6	3,6
- Bangladesh	0,2	1,1	3,4
- Vietnam	0,1	0,6	2,1

2. Se determina el porcentaje de adultos mayores de 18 años con un índice de masa corporal mayor o igual a 30 en las distintas Comunidades Autónomas españolas en el año 2017:

   - Andalucía: 21,0 %.
   - Aragón: 15,7 %.
   - Asturias, Principado de: 21,7 %.
   - Balears, Illes: 15,5 %.
   - Canarias: 19,3 %.
   - Cantabria: 17,5 %.
   - Castilla y León: 13,2 %.
   - Castilla - La Mancha: 20,3 %.
   - Cataluña: 14,9 %.
   - Comunitat Valenciana: 18,8 %.
   - Extremadura: 19,3 %.
   - Galicia: 18,4 %.
   - Madrid, Comunidad de: 15,9 %.
   - Murcia, Región de: 16,1 %.
   - Navarra, Comunidad Foral de: 15,4 %.
   - País Vasco: 13,8 %.
   - Rioja, La: 15,0 %.
   - Ceuta: 24,1 %.
   - Melilla: 19,7 %.

Conclusiones

- El número de personas con obesidad en el mundo se ha multiplicado por tres desde 1975 hasta 2016. Mientras en 1975 sólo el 6,1 % de la población mundial era obesa, en el año 2016 el porcentaje de obesos aumentó al 19,8 %. En 2016, el mayor porcentaje de adultos con obesidad se encuentra en EEUU y en Kuwait. Vietnam y Bangladesh son los países del mundo con menor prevalencia de obesidad.
- La prevalencia de obesidad en España es alta (17,4 % de la población adulta en 2017) aunque con una distribución desigual por Comunidades Autónomas (24,1 % en Ceuta y 21,7 % en Asturias frente al 13,8 % en País Vasco y 13,4 % en Castilla León).

Bibliografía

1. WHO | By category | Body Mass Index (BMI) [Internet]. Apps.who.int. 2019 [consultado el 16 de Febrero de 2019]. Disponible en: http://apps.who.int/gho/data/node.main.Bmianthropometry?lang=en.

ISBN: 978-84-949197-6-3

2. Índice de masa corporal por masa, corporal, CCAA y periodo. [Internet]. Ine.es. 2018 [consultado el 18 de febrero de 2019]. Disponible en: http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?type=pcaxis&path=/t00/ICV/dim3/l0/&file=33101.px

3. (NCD-RisC) N. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. - PubMed - NCBI [Internet] [consultado el 12 de Febrero de 2019]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29029897.

Capítulo 154

La escala NIHSS: Su importancia para la valoración del código Ictus en triaje SUH realizado por enfermería

Perea Espinosa, Francisco

Castellanos Cencerrado, Francisco Javier

Cortés Ramos, María Úrsula

"La Escala NIHSS: Su importancia para la valoración del código Ictus en triaje SUH realizado por Enfermería"

Autores:

Introducción
-Ictus: Enfermedades neurológicas agudas. Origen : trastorno circulación.
-Precisa intervención diagnóstica y terapéutica inmediata.
-España:1ª causa de muerte en mujeres (patología cerebrovascular)
-Varón de 88 años sin hábito enólico ni RAM que consulta por trastorno en la expresión del lenguaje

NIHSS:0-2-0-0-0/0-0-0-0/0-0-2-2-0=6.



Observación Clínica Situación basal: Independiente para AVBD. No presenta deterioro cognitivo. Acude a SUH a las 19.05 tras 4 horas incapaz de responder a preguntas. Se realiza escala NIHSS, se activa código Ictus y se realizan TC Basal y multimodal.Se realiza trombolisis i.v.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

Diagnósticos NANDA	Resultados NOC	Intervenciones (NIC)
00004 Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos	- 0703 Severidad de la infección. - 1902 Control del riesgo	- 1876 Cuidados del catéter urinario. - 6540 Control de infecciones. - 2440 Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV).
00040 Riesgo de síndrome de desuso r/c: • Alteración del nivel de conciencia. • Inmovilización prescrita. • Parálisis.	- 0204 Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas. - 0205 Consecuencias de la inmovilidad: psicocognitivas. - 0208 Movilidad. - 0313 Nivel de autocuidado. - 1010 Estado de deglución.	- 0430 Manejo intestinal. - 0450 Manejo del estreñimiento /impactación. - 1610 Baño. - 1710Mantenimiento de la salud bucal. - 1802 Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal. - 1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación. - 1804 Ayuda con los autocuidados: aseo. - 1860 Terapia de deglución. - 3200 Precauciones para evitar la aspiración. - 3540

Exploración neurológica: Nivel de conciencia normal.Afasia motora con comprensión moderada y afectación leve.

TC Perfusión:Lesión isquémica aguda corticosubcortical parietal alta en territorio de la Arteria Cerebral Media (ACM)

Discusión y conclusiones: La escala NIHSS es la herramienta más eficaz activar código Ictus (autonomía), mejorando su

Resumen: *El ictus en España supone la primera causa de muerte en mujeres por patología cerebrovascular y la segunda en hombres (incidencia de 150-200 casos por 100.000 habitantes y año).*

Conlleva una gran morbilidad para ambos sexos. Menos del 50 % de los pacientes que lo padecen son independientes.

La escala NIHSS constituye una herramienta fundamental en los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH) en los que el triaje lo realiza el profesional de enfermería.

Dicha escala puntúa de forma numérica determinando la gravedad del Ictus (mínimo 0 y máximo 42 puntos): Leve si < 4; Moderado < 16; Grave < 25; Muy Grave > o =25 puntos.

Palabras Clave: *Stroke; triage; nursing.*

Introducción

El ictus agrupa a un conjunto de enfermedades neurológicas agudas cuyo origen radica en un trastorno de la circulación.En un 80% de los casos es de origen obstructivo y en un 20% hemorrágico. Debido a su alta incidencia en morbimortalidad precisa una intervención diagnóstica y terapéutica inmediata, considerándose tiempodependiente.

A continuación se presenta el caso de un varón de 88 años sin hábito enólico,ni RAM que consulta por trastorno en la expresión del lenguaje.

Observación clínica

Situación basal: Independiente para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).No presenta deterioro cognitivo.

Acude a Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) a las 19:05 horas tras 4 horas incapaz de responder a preguntas.El profesional de Enfermería que ocupa el puesto de triaje en SUH realiza la escala National Institute of Health Stroke Score (NIHSS) obeniendo una puntuación total de 6 puntos y avisa al Neurólogo de guardia, activando el código Ictus.

Exploración neurológica:Nivel de conciencia normal.Afasia motora con comprensión moderada y afectación leve.

Se realiza tomografía axial computerizada (TAC) cerebral basal,multimodal y con perfusión.

Hallazgos patológicos en TAC con perfusión: Lesión isquémica aguda corticosubcortical parietal alta en territorio de la arteria cerebral media (ACM).

Se realiza trombolisis intravenosa.

Plan de cuidados enfermero

Diagnóstico NANDA:

00004.Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Resultados NOC:

- 0703 Severidad de la infección.
- 1902 Control del riesgo.

Intervenciones (NIC):

- 1876 Cuidados del catéter urinario.
- 6540 Control de infecciones.
- 2440 Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV).

Diagnóstico NANDA:

00040 Riesgo de síndrome de desuso r/c:

- Alteración del nivel de conciencia.
- Inmovilización prescrita.
- Parálisis.

Resultados NOC

- 0204 Consecuencias de la inmovilidad: Fisiológicas.
- 0205 Consecuencias de la inmovilidad: Psicocognitivas.
- 0208 Movilidad.
- 0313 Nivel de autocuidado.
- 1010 Estado de deglución.
- 0430 Manejo intestinal.
- 0450 Manejo del estreñimiento/impactación.
- 1610 Baño.
- 1710 Mantenimiento de la salud bucal.
- 1802 Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal.
- 1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación.
- 1804 Ayuda con los autocuidados: aseo.
- 1860 Terapia de deglución.
- 3200 Precauciones para evitar la aspiración.
- 3540 Prevención de úlceras por presión.
- 6480 Manejo ambiental.

Diagnóstico NANDA:

00074 Afrontamiento familiar comprometido r/c:

- Cambio temporal de roles en la familia.

- Desorganización familiar temporal.
- Información inadecuada por parte de la persona de referencia m/p:
- La persona expresa una comprensión inadecuada.

Resultados NOC

- 2600 Afrontamiento de los problemas de la familia.
- 2508 Bienestar del cuidador principal.
- 2605 Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional.

Intervenciones (NIC)

- 7040 Apoyo al cuidador principal.
- 7140 Apoyo a la familia.
- 5602 Enseñanza: Proceso de enfermedad.
- 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos.
- 5820 Disminución de la ansiedad.

Discusión y conclusiones

La escala NIHSS es la herramienta más eficaz,eficiente y efectiva para activar el código Ictus en el SUH para el profesional de enfermería que realiza la actividad de triaje,dotando a dicho profesional de autonomía en la toma de deciones (activación código Ictus).

La utilización de dicha escala acorta tiempos en la actuación, por lo tanto mejora el pronóstico de esta patología.

Además proporciona un lenguaje universal que agiliza la comunicación interdisciplinar.

Bibliografía

1. Álvarez-Sabín J, Ribo M, Quintana M, Purroy F, Segura T, Aguilera JM, Masjuan J, Tejada J. In-hospital care of stroke patients: Importance of expert neurological care.Stroke 2006; 37: 711.
2. Gilligan AK, Thrift AG, Sturm JW, Dewey HM, Macdonell RAL, Donan GA. Stroke Units,tissue plasminogen activator, and neuroprotection: Which stroke intervention couldprovide the greatest community benefit?. Cerebrovasc Dis 2005; 20: 239-244.
3. Mar J, Begiristain JM, Arrazola A. Cost-effectiveness analysis of thrombolytic treatment for stroke. Cerebrovasc Dis 2005; 20:193-200.
4. Álvarez Sabín J. Eficiencia de la implantación de un sistema de atención especializada y urgente al ictus. Inv Clin Farm 2004; 1:39-46.
5. Vivancos J, Gil Núnez A, Mostacero E. Situación actual de la atención al ictus en fase aguda en España. En:Gil Núñez A (coordinador). Organización de la asistencia en fase aguda del ictus. GEECV de la SEN. 2003: 9-26.

Capítulo 155

La humanización obstétrica en España, «The obstetrics humanization in Spain»

Almarcha Lanzarote, Ángela

"LA HUMANIZACIÓN OBSTÉTRICA EN ESPAÑA "

"The Obstetrics Humanization in Spain"

INTRODUCCIÓN

El parto es un proceso fisiológico y como tal, debe ser tratado de la forma más natural posible y desde una perspectiva humanizada, reconociendo en todo momento el papel activo de la mujer y su pareja y salvaguardando siempre la dignidad de la persona. El presente trabajo pretende dar a conocer al resto de profesionales sanitarios la situación actual de la humanización obstétrica en el Sistema Nacional de Salud (SNS) español.

OBJETIVOS

•<u>General:</u> Analizar la situación sobre la humanización obstétrica en España.

•<u>Específicos:</u>

- •Valorar los efectos de la aplicación del Plan de Parto y Nacimiento en España (PP).
- •Valorar la satisfacción percibida por las mujeres y sus parejas respecto a la atención durante el parto.
- •Identificar la percepción de las matronas con respecto al modelo actual de cuidados durante el parto.
- •Describir las interferencias en la humanización de la atención perinatal.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica navegando por distintas bases de datos sobre la humanización en la obstetricia española tomando como referencia 14 estudios consultados en bases de datos como: *PubMed, Biblioteca Cochrane, Google Académico, Dialnet y Cuiden.* También se consultaron revistas como Matronas Profesión. La literatura gris fue extraída de páginas web como la *Organización Mundial de la Salud (OMS), La Federación de Asociaciones de Matronas Españolas (FAME)* y el portal de varias universidades (*Universidad de Barcelona y Murcia).* La revisión fue llevada a cabo durante 4 meses (noviembre, diciembre, enero y febrero).

•<u>Criterios de inclusión:</u> Artículos que traten la humanización en la obstetricia española, artículos recientes con una antigüedad no superior a 10 años (salvo algunas excepciones), artículos relacionados con el papel de enfermería/matrona durante el parto;
•<u>Criterios de exclusión:</u> artículos que traten la humanización fuera del ámbito de la obstetricia y/o en el extranjero y artículos con acceso restringido.

RESULTADOS

Los PP empoderan a las mujeres pero parecen crear cierta frustración entre las mujeres que los usan frente a las que no lo hacen; las pacientes valoran positivamente las nuevas tecnologías pero demandan un trato más amable por parte de los profesionales; la mayoría de las parejas optan por acompañar a la mujer gestante por iniciativa propia y esta posibilidad mejora la percepción de la calidad de la asistencia; las matronas, por lo general, están satisfechas con la forma de hacer las cosas en sus respectivos lugares de trabajo pero con un amplio margen de mejora, siendo las matronas de AP las que más en desacuerdo se muestran con algunos aspectos; entre los principales factores que interfieren en la humanización obstétrica en nuestro país se encuentran la falta de personal, la falta de recursos en las instituciones y un desfase entre práctica y evidencia, entre otros.

CONCLUSIÓN

La humanización en los cuidados obstétricos está mejorando por momentos con la adopción de protocolos y programas de parto de baja intervención y humanización de la atención perinatal por parte de los distintos servicios de salud españoles. Sin embargo, las mujeres siguen demandando un trato más afable siendo necesaria la formación de los profesionales en aspectos como la empatía, la comunicación y el respeto para brindar unos cuidados más humanizados en cualquier situación que se presente.

Resumen: *El parto es un proceso fisiológico y como tal, debe ser tratado de la forma más natural posible y desde una perspectiva humanizada. El presente trabajo pretende dar a conocer al resto de profesionales sanitarios a través de una revisión bibliográfica la situación actual de la humanización obstétrica en el Sistema Nacional de Salud español, así como los efectos de la aplicación del Plan de Parto y Nacimiento en España, la satisfacción materna y paterna durante el parto, la percepción de humanización de las matronas y las interferencias en la humanización de la atención perinatal.*

Palabras Clave: *Humanizing labor; midwives opinion; mother satisfaction.*

Introducción

El parto es un proceso fisiológico y como tal, debe ser tratado de la forma más natural posible y desde una perspectiva humanizada, reconociendo en todo momento el papel activo de la mujer y su pareja y salvaguardando siempre la dignidad de la persona. El presente trabajo pretende dar a conocer al resto de profesionales sanitarios la situación actual de la humanización obstétrica en el Sistema Nacional de Salud (SNS) español.

Objetivos

Objetivo general: Analizar la situación sobre la humanización obstétrica en España.

Objetivos específicos:

- Valorar los efectos de la aplicación del Plan de Parto y Nacimiento en España (PP).
- Valorar la satisfacción percibida por las mujeres y sus parejas respecto a la atención durante el parto.
- Identificar la percepción de las matronas con respecto al modelo actual de cuidados durante el parto.
- Describir las interferencias en la humanización de la atención perinatal.

Metodología

Se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica navegando por las distintas bases de datos disponibles sobre la humanización en la obstetricia española tomando como referencia un total de 14 estudios consultados en bases de datos como: PubMed, Biblioteca Cochrane, Google Académico, Dialnet y Cuiden. También se consultaron revistas como Matronas Profesión.

La literatura gris fue extraída de páginas web como la Organización Mundial de la Salud (OMS), La Federación de Asociaciones de Matronas Españolas (FAME) y el portal de varias universidades (Universidad de Barcelona y Murcia).

La revisión fue llevada a cabo durante 4 meses (noviembre, diciembre, enero y febrero).

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: Artículos que trataran el tema de la humanización en la obstetricia española, artículos recientes con una antigüedad no superior a 10 años (salvo algunas excepciones), artículos relacionados con el papel de la enfermera/matrona durante el parto.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Los criterios de exclusión fueron: Artículos que trataran la humanización fuera del ámbito de la obstetricia y/o en el extranjero y artículos con acceso restringido.

Resultados

Los PP parecen crear cierta frustración entre las mujeres que lo usan frente a las que no lo usan aunque éstos las empoderan en su parto; las pacientes valoran positivamente las nuevas tecnologías sanitarias pero siguen demandando un trato más amable por parte de los profesionales y entre los principales factores que interfieren en la humanización obstétrica en nuestro país se encuentran la falta de personal, la falta de recursos en las instituciones y un desfase entre práctica y evidencia, entre otros.

Conclusiones

La humanización en los cuidados obstétricos está mejorando por momentos con la adopción de protocolos y programas de parto de baja intervención y humanización de la atención perinatal por parte de los distintos servicios de salud españoles. Sin embargo, las mujeres siguen demandando un trato más afable siendo necesaria la formación de los profesionales en aspectos como la empatía, la comunicación y el respeto para brindar unos cuidados más humanizados en cualquier situación que se presente, ya sea un parto eutócico o una cesárea.

Bibliografía

1. Goberna J, Palacio A, Banús M, Linares S, Salas D. Tecnología y humanización en la asistencia al nacimiento. La percepción de las mujeres. Matronas Prof. 2008;9(1):5-10.
2. Llobera Cifre, R. “Humanización de la atención obstétrica: qué opinan las matronas”. Rev Matronas Prof. 2018; 19 (1): 12-20.
3. Recio Alcaide, A. La atención al parto en España: Cifras para reflexionar sobre un problema. Revista Dilemata, 2015; nº 18, 1-14.
4. Hernández Martínez A. La humanización de los cuidados perinatales. Una demanda social y un reto profesional. Rev Enfermería Clínica, 2016; nº26, 1-2.
5. Biurrun Garrido, A. “La humanización de la asistencia al parto: Valoración de la satisfacción, autonomía y del autocontrol”. Tesis Doctoral: Universitat de Barcelona. Año 2017; 1-246.

Capítulo 156

La importancia de la asistencia sanitaria en casos de violencia de género

Chaparro León, María

La importancia de la asistencia sanitaria en casos de Violencia de Género.

Autores:

Introducción

Las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como «todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada». La violencia de género constituye un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos de las mujeres. Desde 2003 a la actualidad llevamos 984 víctimas mortales por este tipo de violencia en nuestro país. Las estimaciones mundiales publicadas por la OMS indican que alrededor de una de cada tres mujeres en el mundo han sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida. La mayoría de estos casos son violencia infligida por la pareja. En todo el mundo, casi un tercio de las mujeres que han tenido una relación de pareja refieren haber sufrido alguna forma de violencia física y/o sexual por parte de su pareja en algún momento de su vida. Un 38% de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja masculina.

Objetivos

- GENERALES: Conocer la percepción de mujeres víctimas de violencia de género en relación a su experiencia vivida sobre la ayuda recibida.
- ESPECÍFICOS: Visibilizar y concienciar de lo importante que los profesionales sanitarios y la sociedad son para las mujeres que sufren esta violencia. / Mejorar la detección y abordaje ante casos de violencia de género a nivel del profesional sanitario. / Mejorar el abordaje ante casos de violencia de género a nivel social.

Métodos

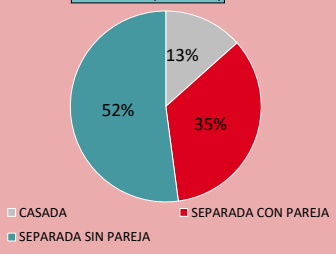
Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal basado en la cumplimentación de cuestionarios autoadministrados de elaboración propia. El cuestionario consta de 8 preguntas con respuestas dicotómicas SI/NO y una pregunta con respuesta de opción múltiple en la que se pregunta sobre qué profesionales considera la mujer más importante a la hora de detectar y tratar situaciones de violencia de género.

La muestra fue seleccionada mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Se accede a las mujeres por conocimiento directo de estos casos, y por entrega de los cuestionarios a diferentes psicólogos que trabajan en la materia en los juzgados de Ciudad Real y en diferentes Centros de la Mujer de diferentes localidades de la provincia de Ciudad Real, por mujeres supervivientes de violencia de género mediante la fundación Ana Bella y la Asociación Alma. El cuestionario fue respondido mediante papel y mediante formato online.

Análisis estadístico: Los valores obtenidos en cada una de las variables fueron introducidos en una base de datos SPSS versión 23.0 para su explotación estadística. Las variables cuantitativas se expresan como media con su desviación estándar (DE) o mediana con su rango. Las variables cualitativas se presentan como número total de eventos y porcentaje.

Resultados

Estado civil (Gráfico 1)



Se obtuvo una muestra total de **142 mujeres.**

La media de edad de las participantes fue 36,46 (DE 7,174).

El estado civil puede verse en el gráfico 1.

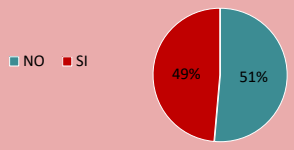
Todas las mujeres refirieron haber sufrido violencia de género por parte de sus parejas, todas ellas (142) maltrato psicológico, frente a un 87,3% (124) que sufrieron además maltrato físico y un 52,1% (74) que sufrieron abuso sexual o violación.

En la mayoría de las ocasiones la violencia fue presenciada por personas ajenas al entorno de la víctima (71,1%) y, en menor medida, por menores (33,8%). La ayuda de la sociedad puede verse en el gráfico 2.

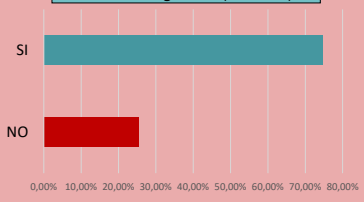
La actitud de la sociedad (amigos, vecinos, conocidos) al presenciar la violencia de género puede verse en el gráfico 3.

La actitud del enfermero o médico en cuanto a informar a la mujer sobre la denuncia puede verse en el gráfico 4. Y la opinión de la mujer que sufrió violencia de género en cuanto a la importancia de los diferentes profesionales para la detección y abordaje correctos en casos de violencia de género puede verse en el gráfico 5.

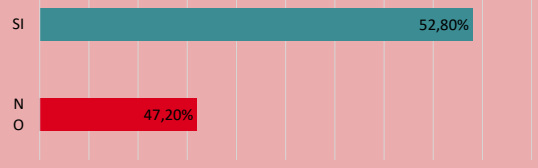
¿Algún miembro de la comunidad (amigos, vecinos, familiares, desconocidos) han llamado alguna vez a la policía o denunciado una situación de violencia que usted estuviera sufriendo? (Gráfico 3)



¿La sociedad le ha ayudado en algún momento para salir de esa situación de violencia de género? (Gráfico 2)



¿Su enfermero o médico le habló de que debía denunciar estos hechos? (Gráfico 4)



¿Qué profesionales consideras más importantes a la hora de detectar y tratar situaciones de violencia de género? (Gráfico 5)



Conclusiones

- Gran parte de las mujeres permanece sin pareja después de haber sufrido violencia de género.
- El maltrato psicológico, considerado el más difícil de detectar, es también el más frecuente, presentándose en todas las mujeres encuestadas.
- Junto con este maltrato psicológico coexisten el maltrato físico y sexual. La tolerancia del maltrato físico y sexual por parte de la víctima va acompañada del miedo, dependencia emocional y baja autoestima que conlleva el maltrato psicológico, que en muchas ocasiones le impiden pedir ayuda o romper la relación.
- Según nuestros resultados, gran parte de la sociedad sigue mirando hacia otro lado ante la violencia de género o consideran que es algo íntimo de la pareja donde no deben intervenir, de tal forma que no denuncian estos casos cuando los presencian, aún así, la mayor parte de las mujeres refiere haber recibido ayuda por parte de la sociedad para salir de la situación de violencia.
- La detección de esta violencia por parte del personal sanitario en muchas ocasiones es ineficaz, pasa desapercibida a los ojos del profesional o el propio profesional no se atreve a hacer recomendaciones.
- Para estas mujeres, todos los profesionales implicados juegan un papel muy importante en la lucha contra la violencia de género: jueces, psicólogos y profesionales sanitarios. Por lo tanto, se debe trabajar en equipos multidisciplinares de profesionales coordinados mediante protocolos claros de detección y tratamiento de los casos de violencia de género.

Resumen: *Es un estudio observacional, descriptivo y transversal basado en la cumplimentación de cuestionarios de preguntas sobre la asistencia sanitaria en casos de violencia de género. Participaron 142 mujeres. Se muestra los tipos de maltrato sufrido, la actitud de la sociedad y de los sanitarios ante estos casos. Se llega a la conclusión de que el maltrato psicológico es el más frecuente, que a los ojos del profesional sanitario suelen pasar desapercibidas estas agresiones machistas, que todos los profesionales implicados son importantes y que es necesario trabajar en equipo ante esta violencia.*

Palabras Clave: *Violencia de género; maltrato conyugal; agresión.*

Introducción

Las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como «todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada». La violencia de género constituye un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos de las mujeres. Desde 2003 a la actualidad llevamos 1000 víctimas mortales por este tipo de violencia en nuestro país. Las estimaciones mundiales publicadas por la OMS indican que alrededor de una de cada tres mujeres en el mundo han sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida. La mayoría de estos casos son violencia infligida por la pareja. En todo el mundo, casi un tercio de las mujeres que han tenido una relación de pareja refieren haber sufrido alguna forma de violencia física y/o sexual por parte de su pareja en algún momento de su vida. Un 38 % de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja masculina.

Objetivos

Generales: Conocer la percepción de mujeres víctimas de violencia de género en relación a su experiencia vivida sobre la ayuda recibida.

Específicos: visibilizar y concienciar de lo importante que los profesionales sanitarios y la sociedad son para las mujeres que sufren esta violencia, mejorar la detección y abordaje ante casos de violencia de género a nivel del profesional sanitario y mejorar el abordaje ante casos de violencia de género a nivel social.

Material y métodos

El método se basa en un estudio observacional, descriptivo y transversal basado en la cumplimentación de cuestionarios autoadministrados de elaboración propia. El cuestionario consta de 8 preguntas con respuestas dicotómicas SI/NO y una pregunta con respuesta de opción múltiple en la que se pregunta sobre qué profesionales considera la mujer más importante a la hora de detectar y tratar situaciones de violencia de género.

La muestra fue seleccionada mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Se accede a las mujeres por conocimiento directo de estos casos, y por entrega de los cuestionarios a diferentes psicólogos que trabajan en la materia en los juzgados de Ciudad Real y en diferentes Centros de la Mujer de diferentes localidades de la provincia de Ciudad Real, por mujeres supervivientes de violencia de género mediante la fundación Ana Bella y la Asociación Alma. El cuestionario fue respondido mediante papel y mediante formato online.

ISBN: 978-84-949197-6-3

El análisis estadístico se basa en que los valores obtenidos en cada una de las variables fueron introducidos en una base de datos SPSS versión 23.0 para su explotación estadística. Las variables cuantitativas se expresan como media con su desviación estándar (DE) o mediana con su rango. Las variables cualitativas se presentan como número total de eventos y porcentaje.

Resultados

Se obtuvo una muestra total de 142 mujeres. La media de edad de las participantes fue 36,46 (DE 7,174). Todas las mujeres refirieron haber sufrido violencia de género por parte de sus parejas, todas ellas (142) maltrato psicológico, frente a un 87,3 % (124) que sufrieron además maltrato físico y un 52,1 % (74) que sufrieron abuso sexual o violación.

En la mayoría de las ocasiones la violencia fue presenciada por personas ajenas al entorno de la víctima (71,1%) y, en menor medida, por menores (33,8%). El 51% asegura que los miembros de la sociedad no llamaron a la policía ante esta violencia. El 74% asegura que la sociedad en general le ha ayudado a salir de esta situación de violencia. Solo al 52% los médicos y enfermeros le hablaron de la opción de denunciar esta violencia. Y la mayoría asegura que todos los profesionales involucrados son igual de importantes para tratar esta violencia.

Conclusiones

Se demuestra que gran parte de las mujeres permanece sin pareja después de haber sufrido esta violencia; que el maltrato psicológico, considerado el más difícil de detectar, es también el más frecuente, presentándose en todas las mujeres encuestadas; y que junto con este maltrato psicológico coexisten el maltrato físico y sexual y que la tolerancia del maltrato físico y sexual por parte de la víctima va acompañada del miedo, dependencia emocional y baja autoestima que conlleva el maltrato psicológico, que en muchas ocasiones le impiden pedir ayuda o romper la relación. Según los resultados de este estudio, gran parte de la sociedad sigue mirando hacia otro lado ante la violencia de género o consideran que es algo íntimo de la pareja donde no deben intervenir, de tal forma que no denuncian estos casos cuando los presencian, aún así, la mayor parte de las mujeres refiere haber recibido ayuda por parte de la sociedad para salir de la situación de violencia. Y se demuestra también que la detección de esta violencia por parte del sanitario en muchas ocasiones es ineficaz y pasa desapercibida a los ojos del profesional, o el propio profesional no se atreve a hacer recomendaciones. Para estas mujeres, todos los profesionales implicados juegan un papel muy importante en la lucha contra la violencia de género: jueces, psicólogos y profesionales sanitarios. Por lo tanto, se debe trabajar en equipo multidisciplinar coordinado mediante protocolos.

Bibliografía

1. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad - Secretaría de Estado de Igualdad - Por una sociedad libre de violencia de género - Protocolo de actuación http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/informacionUtil/espanolas/protocolo/home.htm.
2. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad - Secretaría de Estado de Igualdad - Por una sociedad libre de violencia de género - Protocolos de actuación http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/protocolos.
3. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad - Secretaría de Estado de Igualdad - Por una sociedad libre de violencia de género - Estadísticas, encuestas, estudios e investigaciones. http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/home.htm.
4. Violencia contra la mujer. https://www.who.int/topics/gender_based_violence/es/.
5. Chaparro León M. Intervenciones de enfermería en violencia de género con dependencia emocional. [El Ejido]: Letrame; 2018.

Capítulo 157

La magia de Valsalva

Casado Gonzalez, Almudena

Ortega Mora, Andrés

De Haro Moya, Estela

Chacon Gonzalez, Clara María

García Gonzalez de Huelva, Manuel

Perez García, Fani Yaqueli

LA MAGIA DE VALSALVA

CASADO GONZALEZ A.,ORTEGA MORA A., DE HARO MOYA E.,CHACÓN GONZALEZ C.M., , GONZALEZ DE HUELVA M, PEREZ GARCÍA FV

INTRODUCCION:

Varón de 63 años, hipertenso, diabético sin cardiopatía conocida, diagnosticado de enfermedad de Chron acude al Servicio de Urgencias de Atención Primaria con los siguientes síntomas:

- **Disnea**
- **Dolor torácico irradiado a miembros superiores**
- **Palpitaciones**

OBSERVACIÓN CLÍNICA:

Consciente, orientado y agitado. Con cortejo vegetativo.

Auscultación cardíaca: taquicardia rítmica sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado.

No edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO:

Toma de constantes vitales:

- **TA 140/80 mmHg, FC 145 lpm. GB 180 mg/dl, Sat O 89%.**

Electrocardiograma: se objetiva taquicardia supraventricular (TSV)

Monitorización cardíaca

Canalización acceso venoso periférico

Se anima a realizar maniobra de Valsalva:

Utilizando jeringa de 20 ml.

Tras lo cual inicia ritmo sinusal.



DISCUSION:

El diagnóstico es taquicardia supraventricular resuelta tras maniobra de valsalva. Como diagnóstico diferencial encontramos: taquicardia sinusal, fibrilación auricular y taquicardia ventricular.

CONCLUSIONES:

La TSV es una anomalía frecuente que puede ocurrir en individuos sanos. El tratamiento inicial de este tipo de taquicardia consiste en la realización de maniobras físicas (vagales). Maniobra vagal describe cualquier intervención física que da lugar a estimulación del nervio vago, provocando la desaceleración de la frecuencia cardíaca.

Para realizar la maniobra de Valsalva, el paciente sopla en una jeringuilla mientras se mantiene acostado (boca arriba) durante quince segundos. Esto genera un aumento de la presión intratorácica e intraabdominal, disminución de la frecuencia cardíaca, disminución del retorno venoso y aumento de la presión venosa

La maniobra de Valsalva es un tratamiento recomendado internacionalmente para la taquicardia supraventricular estable, pero la eficacia es limitada (5-20% según estudios).





Resumen: *Varón de 63 años que acude al Servicio de Urgencias de Atención Primaria con síntomas cardíacos y que tras una primera exploración se objetiva Taquicardia Supraventricular (TSV). Se le instruye para realizar Maniobra de Valsalva con jeringuilla como primera elección de tratamiento tras lo cual la situación revierte y pasa a ritmo sinusal.*

Palabras Clave: *Maniobra de Valsalva; dolor en el pecho; taquicardia supraventricular.*

Introducción

Varón de 63 años, hipertenso, diabético sin cardiopatía conocida, diagnosticado de enfermedad de Chron acude al Servicio de Urgencias de Atención Primaria con los siguientes síntomas:- Disnea,- Dolor torácico irradiado a miembros superiores, - Palpitaciones.

Observación clínica

- Consciente, orientado y agitado. Con cortejo vegetativo.
- Auscultación cardíaca: taquicardia rítmica sin soplos.
- Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado.
- No edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

Plan de cuidados enfermero

Toma de constantes vitales:

- Tensión arterial 140/80 mmHg.
- Frecuencia cardíaca 145 lpm.
- Glucemia capilar 180mg/dl.
- Saturación de Oxígeno 89%.

Electrocardiograma: Se objetiva taquicardia supraventricular.

Motorización cardíaca.

Canalización Acceso venoso periférico.

Se le anima a realizar Maniobra de Valsalva utilizando jeringuilla de 20 ml, tras lo cual pasa a ritmo sinusal.

Discusión

El diagnostico es taquicardia supraventricular resuelta tras maniobra de Valsalva.

Como diagnóstico diferencial encontramos: Taquicardia sinusal, fibrilación auricular y taquicardia ventricular.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Conclusiones

La taquicardia supraventricular (TSV) es una anomalía frecuente que puede ocurrir en individuos sanos. El tratamiento inicial de este tipo de taquicardias consiste en la realización de maniobras físicas (vagales).

Maniobra vagal describe cualquier intervención física que da lugar a estimulación del nervio vago, provocando la desaceleración de la frecuencia cardíaca. Para realizar la maniobra de Valsalva el paciente sopla en una jeringuilla mientras se mantiene acostado (boca arriba) durante quince segundos. Esto genera un aumento de la presión intratorácica e intraabdominal, disminución de la frecuencia cardíaca, disminución del retorno venoso y aumento de la presión venosa.

La maniobra de Valsalva es un tratamiento recomendado internacionalmente para la taquicardia supraventricular estable, pero la eficacia es limitada (5-20% según estudios).

Bibliografía

1. García Pa D, García C. Valsalva, mucho más que una maniobra. Antonio María Valsalva (1666-1723). Rev Med Chile 2006; 134: 1065-1068.
2. Felker GM, Cuculich PS, Gheorghiade M. The Valsalva maneuver: A bedside ‹›biomarker›› for heart failure. Am J Med 2006; 119: 117-122.
3. Zema MJ. Diagnosing heart failure by the Valsalva maneuver. Isn›t it finally time? Chest 1999; 116: 851-853.
4. Bernardo L. Fishleder. Exploración cardiovascular y fonomecanocardiografía clínica. 2a Edición. México; Prensa Médica Mexicana, 1978.

Capítulo 158

La necesidad de seguimiento por parte de los sanitarios en mujeres que deciden salir de la violencia de género

Chaparro León, María

"He decidido romper con mi agresor… ¿Y ahora qué?"

La necesidad de seguimiento por parte de los sanitarios en mujeres que deciden salir de la violencia de género.

INTRODUCCIÓN:

La violencia de género (VG) constituye un grave problema social, de salud pública y una violación de los derechos humanos a nivel mundial. La OMS indica que el 35% de las mujeres en el mundo han sufrido VG. Un 38% de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja masculina.

Desde 2003 van 984 mujeres asesinadas por VG en España. Las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como «todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada».

La violencia de género ocasiona muchos problemas de salud, incluso tras pasar semanas, meses o años se mantienen secuelas y otros problemas físicos o psicológicos, como consecuencia de esta violencia. La depresión, los trastornos de estrés postraumático, trastornos de ansiedad, insomnio, pesadillas, trastornos alimentarios, intentos de suicidio, sensación de fracaso, culpabilidad y dependencia emocional son algunos ejemplos. El análisis que realizó la OMS en el 2013 concluyó que las mujeres que han sufrido violencia de pareja tienen casi el doble de probabilidades de padecer depresión y otros problemas.

OBJETIVOS:

- Mejorar la atención sanitaria en mujeres que han decidido salir o que han salido, de la violencia de género.
- Conocer la percepción de mujeres que pasaron de víctimas de violencia de género a supervivientes de esta violencia, con respecto a la atención sanitaria de los profesionales de enfermería tras romper la relación con su agresor.
- Visibilizar y concienciar de lo importante que los profesionales sanitarios son para las mujeres que han salido o que están saliendo de la violencia de género, mediante la percepción directa de la víctima.
- Visibilizar y concienciar de lo importante que es un seguimiento correcto por parte de los profesionales sanitarios.
- Concienciar de la importancia que tienen los sanitarios durante el proceso de salida a la violencia de género.

MATERIAL Y MÉTODO:

- Estudio observacional, descriptivo y transversal basado en la cumplimentación de cuestionarios autoadministrados de elaboración propia.
- El cuestionario consta de respuestas dicotómicas SI/NO.
- La muestra se selecciona mediante muestreo no probabilístico por conveniencia: **142 MUJERES SUPERVIVIENTES DE VIOLENCIA DE GÉNERO**.
- Se accede a las mujeres por conocimiento directo de estos casos, y por entrega de los cuestionarios a diferentes psicólogos que trabajan en la materia en los juzgados de Ciudad Real y en diferentes Centros de la Mujer de diferentes localidades de la provincia de Ciudad Real, por mujeres supervivientes de violencia de género mediante la fundación Ana Bella y la Asociación Alma.
- El cuestionario fue respondido mediante papel y mediante formato online.

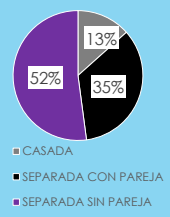
Análisis estadístico:

Los valores obtenidos en cada una de las variables fueron introducidos en una base de datos SPSS versión 23.0 para su explotación estadística. Las variables cuantitativas se expresan como media con su desviación estándar (DE) o mediana con su rango. Las variables cualitativas se presentan como número total de eventos y porcentaje.

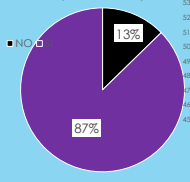
RESULTADOS:

- Se obtuvo una muestra total de 142 mujeres. La media de edad de las participantes fue 36,46 (DE 7,174). El estado civil puede verse en el (gráfico 1).
- Todas las mujeres refirieron haber sufrido violencia de género por parte de sus parejas, todas ellas (142) maltrato psicológico, frente a un 87, 3% (124) que sufrieron además maltrato físico y un 52,1% (74) que sufrieron abuso sexual o violación. (gráfico 2 y 3).
- El 68% afirma que el profesional sanitario no ha registrado nada en su historia clínica tras romper la relación con su agresor (96 mujeres de las entrevistadas). (gráfico 4)
- Solo 37 de las mujeres entrevistadas están satisfechas con la atención del profesional sanitario (medico/a y/o enfermero/a) tras romper la relación con su agresor. (gráfico 5)
- 113 mujeres de las 142 entrevistadas, consideran que es necesario que los enfermeros sigan llevando un control y seguimiento de la evolución sobre la mejoría o empeoramiento psicológico de la mujer que ha sufrido violencia de género, tras la ruptura con su maltratador. (gráfico 6)

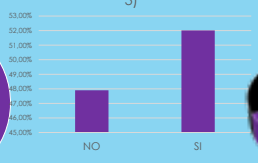
Estado civil (Gráfico 1)



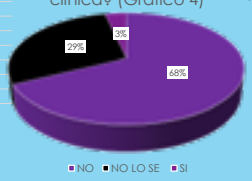
¿Ha sufrido maltrato físico por parte de su pareja o expareja? (Gráfico 2)



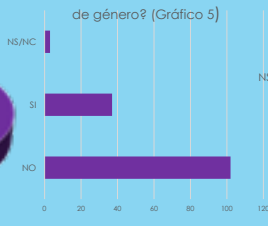
¿Ha sufrido abuso sexual o violación por parte de su pareja o expareja? (Gráfico 3)



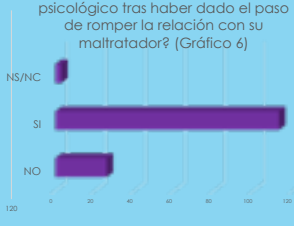
¿Su enfermero, tras salir de esta relación de violencia de género, ha registrado su evolución en la historia clínica? (Gráfico 4)



¿Está satisfecha con la atención de su enfermero y su médico tras salir de la relación de violencia de género? (Gráfico 5)



¿Cree que es necesario que los enfermeros sigan llevando un control y una evolución sobre la mejoría o empeoramiento psicológico tras haber dado el paso de romper la relación con su maltratador? (Gráfico 6)



CONCLUSIONES:

- Tras haber sufrido violencia de género, la mayor parte de las mujeres permanece sin pareja.
- El maltrato psicológico, considerado el más difícil de detectar, aparece en todas las mujeres que sufren violencia de género. La tolerancia del maltrato físico y sexual por parte de la víctima va acompañada del miedo, la dependencia emocional y la baja autoestima que conlleva el maltrato psicológico, que en muchas ocasiones le impiden pedir ayuda o romper la relación.
- Dada que la violencia de género deja secuelas durante meses, años, incluso algunas de carácter crónico (Depresión, Trastornos de estrés postraumático, trastornos de ansiedad, insomnio, trastornos alimentarios…) es necesario formar a los profesionales de enfermería en la importancia de dejar constancia por escrito en la historia clínica de la mujer de todo el proceso, incluso después de haber roto con su agresor.
- La mayoría de las mujeres entrevistadas no están satisfechas con la atención recibida por parte del médico/a y/o enfermero/a tras la ruptura de la relación con su agresor.
- Los enfermeros deberán llevar un control y seguimiento de la evolución sobre la mejoría o empeoramiento psicológico de la mujer que ha sufrido violencia de género, tras la ruptura con su maltratador.

Resumen: *Este estudio observacional, descriptivo y transversal se basa en analizar la necesidad de seguimiento por parte de los sanitarios en mujeres que deciden salir de la violencia de género. En el estudio participan 142 mujeres supervivientes de la violencia de género. Se demuestra por las secuelas que deja esta violencia (que son de meses, años, incluso crónicas) que existe una necesidad de formar a los enfermeros para que lleven un control y seguimiento de estas mujeres. También se demuestra que la mayoría de estas mujeres no están satisfechas con la atención sanitaria tras la ruptura con su agresor.*

Palabras Clave: *Violencia de género; violencia contra las mujeres; maltrato conyugal.*

Introducción

La violencia de género constituye un grave problema social, de salud pública y una violación de los derechos humanos a nivel mundial. La OMS indica que el 35 % de las mujeres en el mundo han sufrido VG. Un 38 % de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja masculina.

Desde 2003 van 1000 mujeres asesinadas por violencia de género en España. Las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como «todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada».

La violencia de género ocasiona muchos problemas de salud, incluso tras pasar semanas, meses o años se mantienen secuelas y otros problemas físicos o psicológicos, como consecuencia de esta violencia. La depresión, los trastornos de estrés postraumático, trastornos de ansiedad, insomnio, pesadillas, trastornos alimentarios, intentos de suicidio, sensación de fracaso, culpabilidad y dependencia emocional son algunos ejemplos. El análisis que realizó la OMS en el 2013 concluyó que las mujeres que han sufrido violencia de pareja tienen casi el doble de probabilidades de padecer depresión y otros problemas.

Objetivos

Existen cinco objetivos principales en este estudio: Mejorar la atención sanitaria en mujeres que han decidido salir o que han salido, de la violencia de género; conocer la percepción de mujeres que pasaron de víctimas de violencia de género a supervivientes de esta violencia, con respecto a la atención sanitaria de los profesionales de enfermería tras romper la relación con su agresor; visibilizar y concienciar de lo importante que los profesionales sanitarios son para las mujeres que han salido o que están saliendo de la violencia de género, mediante la percepción directa de la víctima; visibilizar y concienciar de lo importante que es un seguimiento correcto por parte de los profesionales sanitarios; y concienciar de la importancia que tienen los sanitarios durante el proceso de salida a la violencia de género.

Material y métodos

El estudio es observacional, descriptivo y transversal, y está basado en la cumplimentación de cuestionarios autoadministrados de elaboración propia. El cuestionario consta de respuestas dicotómicas SI/NO. La muestra es de 142 mujeres supervivientes de violencia de género y se selecciona mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Se accede a las mujeres por conocimiento

ISBN: 978-84-949197-6-3

directo de estos casos, y por entrega de los cuestionarios a diferentes psicólogos que trabajan en la materia en los juzgados de Ciudad Real y en diferentes Centros de la Mujer de diferentes localidades de la provincia de Ciudad Real, por mujeres supervivientes de violencia de género mediante la fundación Ana Bella y la Asociación Alma.

Los valores obtenidos en cada una de las variables fueron introducidos en una base de datos SPSS versión 23.0 para su explotación estadística. Las variables cuantitativas se expresan como media con su desviación estándar (DE) o mediana con su rango. Las variables cualitativas se presentan como número total de eventos y porcentaje.

Resultados

La media de edad de las participantes fue 36,46 (de 7,174). Todas las mujeres refirieron haber sufrido violencia de género por parte de sus parejas, todas ellas (142) maltrato psicológico, frente a un 87,3 % (124) que sufrieron además maltrato físico y un 52,1 % (74) que sufrieron abuso sexual o violación. El 6 8% afirma que el profesional sanitario no ha registrado nada en su historia clínica tras romper la relación con su agresor (96 mujeres de las entrevistadas). Solo 37 de las mujeres entrevistadas están satisfechas con la atención del profesional sanitario (médico/a y/o enfermero/a) tras romper la relación con su agresor. 113 mujeres de las 142 entrevistadas, consideran que es necesario que los enfermeros sigan llevando un control y seguimiento de la evolución sobre la mejoría o empeoramiento psicológico de la mujer que ha sufrido violencia de género, tras la ruptura con su maltratador.

Conclusiones

Con este estudio se llegan a diferentes conclusiones. Se demuestra que tras haber sufrido violencia de género, la mayor parte de las mujeres permanece sin pareja; que el maltrato psicológico, considerado el más difícil de detectar, aparece en todas las mujeres que sufren violencia de género; que la tolerancia del maltrato físico y sexual por parte de la víctima va acompañada del miedo, la dependencia emocional y la baja autoestima que conlleva el maltrato psicológico, que en muchas ocasiones le impiden pedir ayuda o romper la relación; que dada que la violencia de género deja secuelas durante meses, años, incluso algunas de carácter crónico (Depresión, Trastornos de estrés postraumático, trastornos de ansiedad, insomnio, trastornos alimentarios…) es necesario formar a los profesionales de enfermería en la importancia de dejar constancia por escrito en la historia clínica de la mujer de todo el proceso, incluso después de haber roto con su agresor; que la mayoría de las mujeres entrevistadas no están satisfechas con la atención recibida por parte del médico/a y/o enfermero/a tras la ruptura de la relación con su agresor; y que los enfermeros deberán llevar un control y seguimiento de la evolución psicológica de la mujer que ha sufrido violencia de género, tras la ruptura con su maltratador.

Bibliografía

1. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad - Secretaría de Estado de Igualdad - Por una sociedad libre de violencia de género - Protocolo de actuación http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/informacionUtil/espanolas/protocolo/home.htm.
2. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad - Secretaría de Estado de Igualdad - Por una sociedad libre de violencia de género - Protocolos de actuación http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/protocolos.
3. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad - Secretaría de Estado de Igualdad - Por una sociedad libre de violencia de género - Estadísticas, encuestas, estudios e investigaciones. http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/home.htm. Violencia contra la mujer. https://www.who.int/topics/gender_based_violence/es/.
4. Chaparro León M. Intervenciones de enfermería en violencia de género con dependencia emocional. [El Ejido]: Letrame; 2018.

Capítulo 159

La opinion del fisioterapeuta sobre el uso de contenciones mecánicas

Sánchez González, Irene

Cabañero Luján, Remedios

Bastante Lozano, Monica

LA OPINIÓN DEL FISIOTERAPEUTA SOBRE EL USO DE CONTENCIONES MECÁNICAS

Introducción

El uso de contenciones mecánicas constituye en la actualidad un tema muy controvertido, sobre todo en centros sociosanitarios, debido a las notables repercusiones éticas, sociales y jurídicas, que conllevan.

Se entiende como contención mecánica a aquellas medidas destinadas a privar a una persona de su libertad de movimiento.

Este estudio va encaminado a determinar qué opina el colectivo de fisioterapeutas con respecto al uso de contenciones mecánicas y las cuestiones relacionadas con éstas en sus centros de trabajo.

Objetivos

PRINCIPAL

Analizar cuál es la opinión de los fisioterapeutas como colectivo sobre el uso de las contenciones mecánicas.

SECUNDARIOS

1. Averiguar cuándo creen que están indicadas.
2. Conocer si piensan que se utilizan medidas alternativas antes de colocar una contención y cuáles de estas medidas les parecen más adecuadas.

Muestra y método

Estudio observacional descriptivo transversal

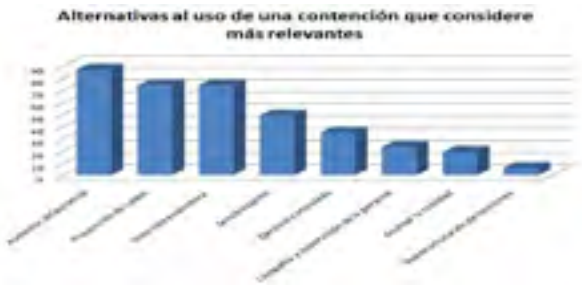
Población: Fisioterapeutas y estudiantes del grado de fisioterapia con edades comprendidas entre 20 y 65 años.
Muestra: 165 fisioterapeutas en total contestaron el cuestionario.
Recogida de datos: Mediante una encuesta anónima y confidencial autoadministrada que constaba de 15 preguntas con respuestas alternativas a elegir.
Análisis de datos: se utilizó estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes.

Resultados









Conclusión

- ✓ La mayoría de los fisioterapeutas encuestados opinan que en sus centros de trabajo no se utilizan medidas alternativas al uso de contenciones. Además, entre los distintos profesionales que integran en equipo de trabajo, es el personal de atención directa el que opone más resistencia a la eliminación de contenciones.
- ✓ Se evidencia que según la opinión de este colectivo, la principal indicación de una contención mecánica es la prevención de caídas. Además, opinan que sería necesario un aumento de personal de atención directa como alternativa al uso de contenciones.

Bibliografía

- ✓ Burgueño Torijano, A. “Atar para cuidar: uso de sujeciones físicas y químicas en personas mayores dependientes que reciben cuidados prolongados” 2008.
- ✓ López López,M.T. “Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario”. 2016.

Resumen: *El uso de contenciones mecánicas constituye en la actualidad un tema muy controvertido, sobre todo en centros sociosanitarios, debido a las notables repercusiones éticas, sociales y jurídicas, que conllevan. Se entiende como contención mecánica a aquellas medidas destinadas a privar a una persona de su libertad de movimiento. Este estudio va encaminado a determinar qué opina el colectivo de fisioterapeutas con respecto al uso de contenciones mecánicas, así como conocer si piensan que se utilizan medidas alternativas antes de colocar una contención y cuáles de estas medidas les parecen más adecuadas*

Palabras Clave: *Contención mecánica; fisioterapeuta; sujeción física.*

Introducción

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal, en el cuál se tomó como muestra a 165 fisioterapeutas y estudiantes del grado de fisioterapia con edades comprendidas entre 20 y 65 años, que contestaron una encuesta anónima y confidencial autoadministrada que constaba de 15 preguntas con respuestas alternativas a elegir.

Material, métodos y resultados

Para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes.

De entre las preguntas que contenía el cuestionario destacamos las siguientes:

- *¿En qué situaciones cree que es necesario el uso de contenciones mecánicas?* El 80 % de los encuestados piensa que prevenir caídas en el motivo principal del uso de una contención, seguido de evitar la manipulación de equipos médicos cuando el paciente se encuentra en estado de agitación psicomotriz, con un 73,3 %. En tercer lugar encontramos con un 61,2 % el mantener la posición anatómica en personas con hipotonía.
- *¿Crees que se usan siempre medidas alternativas previas al uso de contenciones mecánicas?* En este apartado obtuvimos que un 73 % de los fisioterapeutas opina que no se toman medidas previas al uso de una contención.
- *¿Quiénes consideras que oponen más resistencia a la disminución del número de contenciones?* El 67,1 % opina que son los auxiliares de enfermería los profesionales que oponen más resistencia a disminuir o eliminar una contención mecánica.
- *¿Cuales son las alternativas que considera más relevante al uso de una contención mecánica?* Los fisioterapeutas opinan que para disminuir el uso de contenciones mecánicas en centros sociosanitarios hace falta más personal de atención directa, más inversiones económicas y sensibilización del personal, familiares y propios usuarios sobre el uso de las mismas.

Conclusiones

Después de realizar el presente estudio observamos que la mayoría de los fisioterapeutas encuestados opinan que en sus centros de trabajo no se utilizan medidas alternativas al uso de contenciones. Además, entre los distintos profesionales que integran en equipo de trabajo, es el personal de atención directa el que opone más resistencia a la eliminación de contenciones.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Se evidencia también que según la opinión de este colectivo, la principal indicación de una contención mecánica es la prevención de caídas. Además, opinan que sería necesario un aumento de personal de atención directa como alternativa al uso de contenciones

Bibliografía

1. Burgueño Torijano, A. Atar para cuidar: uso de sujeciones físicas y químicas en personas mayores dependientes que reciben cuidados prolongados 2008.
2. López López, M.T. Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario. 2016.
3. Corral Cano, J. Contenciones físicas: reflexión sobre su vigencia. 2014

Capítulo 160

Lactancia materna, ¿contaminante o protectora?

Pozo Sánchez-Archidona, Miriam

LACTANCIA MATERNA, ¿CONTAMINANTE O PROTECTORA?

INTRODUCCIÓN

Los beneficios de la lactancia materna son numerosos para el lactante, la madre y tienen una repercusión positiva para el medio ambiente. Los contaminantes ambientales, principalmente metales pesados y compuestos orgánicos persistentes, afectan de forma negativa al ser humano. La presencia de compuestos químicos tóxicos en la leche materna puede ser motivo de abandono de la lactancia materna, o de preocupación en las familias por su implicación en desarrollo de enfermedades. Los contaminantes llegan al organismo, y con ello al tejido adiposo mamario, a través de alimentos, aire o agua contaminados. Es necesario, a través de la evidencia científica valorar la lactancia materna desde la perspectiva de la contaminación ambiental.



Advertencia acerca del insecticida DDT y la lactancia materna en los años 60

OBJETIVOS

- Evaluar el impacto de la contaminación ambiental en el tejido mamario, en la excreción de la leche materna y su implicación en la salud infantil.
- Determinar si la lactancia materna, debido a esta acumulación de tóxicos, sigue siendo la opción saludable.



METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica en las bases de datos electrónicas Google Académico, Cochrane, y Pubmed, durante el mes de marzo de 2019. Se utilizaron los términos «breast feeding», «breast milk», «toxic enviromental substances», «health promotion», «adipose tissue», «dioxins», «Persistent Organic Pollutants», «heavy metals».

Criterios de elegibilidad: Estudios que relacionan la aparición de contaminantes ambientales como pesticidas, metales pesados, dioxinas y compuestos orgánicos persistentes en la leche materna, escritos en inglés y español sin límite de fecha de publicación. Se tomaron en consideración los protocolos de organismos expertos como la OMS. Se excluyeron estudios que incluían al tabaco y tóxicos radioactivos como contaminantes.

RESULTADOS

La búsqueda sistemática identificó 58 resultados. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron 17 estudios para la revisión. Estos estudios reportaron que existe una clara evidencia del acúmulo de sustancias tóxicas procedentes de la contaminación ambiental en el tejido adiposo mamario (La Merrill M. 2012) y su excreción a través de la leche materna (Landrigan P.J. 2002) siendo biomarcador toxicológico (OMS 2007). También existe evidencia de la neurotoxicidad de algunas de estas sustancias en la población infantil (Lam J. 2017). Siendo un problema de salud pública importante se han publicado numerosos estudios en todo el mundo (con mediciones dispares según las regiones).

Por otro lado, la evidencia científica de los beneficios de la lactancia materna está comprobada, también como protección frente a los efectos de estos tóxicos (Hooper D. 2000). Los últimos datos, debido a las políticas medioambientales implementadas, muestran una reducción de algunos tóxicos, sobre todo industriales.

La opción de lactancia artificial, comparada con lactancia materna, según uno de los estudios no está exenta de sustancias contaminantes (Lehman G.G. 2018).

En los estudios consultados la conclusión es unánime, la lactancia materna a pesar de la presencia de sustancias toxicas, tiene un impacto positivo sobre el desarrollo infantil por sus beneficios a corto y largo plazo, así como factores de protección que contrarrestan los causados por los contaminantes. Los organismos expertos como la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Española de Pediatría establecen líneas de acción para reducir la exposición a estos contaminantes ambientales.

CONCLUSIÓN

La lactancia materna sigue siendo la opción más saludable para la población infantil a pesar de la contaminación ambiental.

Hay que aportar información a las madres lactantes adecuada para reducir en lo posible la exposición a determinados tóxicos.

Resumen: *La lactancia materna tiene innumerables beneficios pero también a través ella se excretan sustancias tóxicas que llegan al tejido adiposo mamario procedente de la contaminación ambiental. ¿Sigue siendo la lactancia materna la opción más saludable? A través de esta revisión bibliográfica, según diversos estudios, se puede afirmar que aunque la leche materna presenta contaminantes es la opción más saludable, porque son muchos los beneficios y protección frente a sustancias potencialmente perjudiciales.*

Palabras Clave: *Lactancia materna; contaminación ambiental; leche materna.*

Introducción

Los beneficios de la lactancia materna son numerosos para el lactante, la madre y tienen una repercusión positiva para el medio ambiente. La presencia de compuestos químicos tóxicos en la leche materna puede ser motivo de abandono de la lactancia materna, o de preocupación en las familias por su implicación en desarrollo de enfermedades. Los contaminantes llegan al organismo, y con ello al tejido adiposo mamario, a través de alimentos, aire o agua contaminantes. Es necesario, a través de la evidencia científica valorar la lactancia materna desde la perspectiva de la contaminación ambiental.

Objetivos

- Evaluar el impacto de la contaminación ambiental en el tejido mamario, en la excreción de la leche materna y su implicación en la salud infantil.
- Determinar si la lactancia materna, debido a esta acumulación de tóxicos, sigue siendo la opción saludable.

Metodología

Revisión bibliográfica en bases de datos como Cochrane, Pubmed , utilizando los términos “breast feeding”, “breast milk”, “toxic enviromental substances”, “health promotion”, “adipose tissue”, “dioxins”, “Persistent Organic Pollutants” y protocolos de organismos expertos como OMS.

Resultados

Existe una clara evidencia del acumulo de sustancias tóxicas procedentes de la contaminación ambiental en el tejido adiposo mamario y su excreción a través de la leche materna siendo biomarcador toxicológico. También existe evidencia de la neurotoxicidad de algunas de estas sustancias en la población infantil. Siendo un problema de salud pública importante se han publicado numerosos estudios en todo el mundo (con mediciones dispares según las regiones).

Por otro lado, la evidencia científica de los beneficios de la lactancia materna está comprobada, también como protección frente a los efectos de estos tóxicos. Los últimos datos, debido a las políticas medioambientales implementadas, muestran una reducción de algunos tóxicos, sobre todo industriales.

La opción de lactancia artificial, comparada con lactancia materna, según uno de los estudios no está exenta de sustancias contaminantes.

ISBN: 978-84-949197-6-3

En los estudios consultados la conclusión es unánime, la lactancia materna a pesar de la presencia de sustancias toxicas, tiene un impacto positivo sobre el desarrollo infantil por sus beneficios a corto y largo plazo, así como factores de protección que contrarrestan los causados por los contaminantes. Se establecen líneas de acción para reducir la exposición.

Conclusión

La lactancia materna sigue siendo la opción más saludable para la población infantil a pesar de la contaminación ambiental.

Hay que aportar información a las madres lactantes adecuada para reducir en lo posible la exposición a determinados tóxicos

Bibliografía

1. M. Lehmann, Judy S. LaKind, Matthew H. Davis, Erin P. Hines,Satori A. Marchitti, Cecilia Alcala, and Matthew Lorber. Environmental Chemicals in Breast Milk and Formula: Exposure and Risk Assessment Implications Geniece. Enviromental Health Perspectives 2018.
2. Juleen Lam, Bruce P. Lanphear, David Bellinger, Daniel A. Axelrad, Jennifer McPartland, Patrice Sutton, Lisette Davidson, Natalyn Daniels, Saunak Sen, and Tracey J. Woodruff1 Developmental PBDE Exposure and IQ/ADHD in Childhood: A Systematic Review and Meta-analysis Enviromental Health Perspectives 2017.
3. Hestien J.I. Vreugdenhil, Froukje M. E. Slijper, Paul G.H. Mulder, and Nynke Weisglas-Kuperus1. Effects of Perinatal Exposure to PCBs and Dioxins on Play Behavior in Dutch Children at School Age. Environmental Health Perspectives volume 110 , number 10 October 2002.
4. Fourth WHO-Coordinated Survey of Human Milk for Persistent Organic Pollutants in Cooperation with UNEP Actualización 2007.
5. Michele La Merrill, Claude Emond, Min Ji Kim, Jean-Philippe Antignac, Bruno Le Bizec, Karine Clément, Linda S. Birnbaum, and Robert Barouki Toxicological Function of Adipose Tissue: Focus on Persistent Organic Pollutants Enviromental Health Perspectives volumen 121 number 2 February 2013.

Capítulo 161

Las consecuencias de la polifarmacia

Lara Lozano, Elena

García-Muñoz López-Menchero, Diana

Moreno Delgado, Tania

Núñez Sánchez-Migallón, Ana Belén

Piqueras Crespo, Lourdes

CASO CLÍNICO: CONSECUENCIAS DE LA POLIFARMACIA

INTRODUCCIÓN

La polifarmacia es el abuso en la prescripción y toma de medicamentos. Muchas veces está provocada por la prescripción en cascada que se produce cuando se prescriben medicamentos para paliar los efectos adversos de otros fármacos. Diversos estudios apuntan la relación entre el uso de fármacos y caídas. En un metanálisis de 25 estudios observacionales realizado por Leipzig et al, encontraron que pacientes que toman fármacos psicotrópicos, diuréticos o antiarrítmicos tenían mayor riesgo de tener una o más caídas. Esto, unido a la prescripción de otros fármacos como antipsicóticos y neurolépticos provocan un riesgo asociado a su situación. Esta relación entre fármaco-efecto subraya la importancia de los profesionales sanitarios en la prevención del problema siendo necesario el reconocimiento y la prevención de estos efectos para garantizar la seguridad del paciente.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Presentamos el caso de una mujer institucionalizada de 86 años con antecedentes de HTA, DM tipo 2, cardiopatía isquémica crónica, FA paroxística, deterioro cognitivo (de origen vascular) y osteoporosis.

Medicación al ingreso:

- 20 gotas de Haloperidol
- Trazodona 150 mg/día
- Quetiapina 50 mg/día
- Melatonina 2 mg/día
- Sertralina 50 mg/día
- Memantina 20 mg/día
- Amiodarona 200 mg/día
- Betahistina 16 mg/día

A su llegada, a nivel funcional presenta dependencia para las ABVD. Decidimos realizar escalas para valorar la dependencia y riesgo de caídas, obteniendo las siguientes puntuaciones:

ESCALA	PUNTUACIÓN
BARTHEL	30 (Dependencia severa para ABVD)
LAWTON Y BRODY	2 (Dependencia grave para AIVD)
DOWNTON	5 (Alto riesgo de caídas)

La paciente está somnolienta todo el día, no es capaz de caminar, mantener una conversación, participar en las terapias e incluso comer. Como consecuencia del estado de somnolencia, sufre caída con fractura de cadera en junio de 2018.
Viendo el proceso de la residente y que no mejora nada su situación de somnolencia diurna y nocturna nos ponemos en contacto con su MAP para valoración. Se decide conjuntamente retirar medicación progresivamente observando mejoría clínica poco a poco.

Situación actual:
Fármacos: Trazodona 100mg/día y Amiodarona 200 mg/día
Come sola, camina con ayuda del andador, no somnolencia diurna y mantiene conversaciones fluidas. Decidimos volver a pasar las escalas anteriores mejorando significativamente:

ESCALA	PUNTUACIÓN
BARTHEL	45 (Dependencia moderada para ABVD)
LAWTON Y BRODY	4 (Dependencia moderada para AIVD)
DOWNTON	3 (Riesgo de caídas menor)

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS

Presentamos el plan de cuidados utilizado durante todo el proceso para ayudar a la mejora del paciente y procurando lograr el mayor grado de autocuidado de la paciente.

NANDA
- (00002) Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades
- (00088) Deterioro de la deambulación
- (00051) Deterioro de la comunicación verbal
- (00095) Deterioro del patrón del sueño
- (00127) Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno

NIC
- (1100) Manejo de la nutrición
- (1800) Ayuda al autocuidado
- (1240) Ayuda para ganar peso
- (2395) Control de la medicación
- (4820) Fomento de la conciencia del paciente acerca de la identidad personal, tiempo y ambiente
- (6490) Prevención de caídas

NOC
- (0200) Ambular
- (1402) Autocontrol de la ansiedad
- (0303) Autocuidados: comer
- (0003) Descanso



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La polifarmacia tiene la capacidad de ocasionar daños graves a los pacientes. Debemos ser conscientes del potencial de los fármacos para causar efectos adversos, particularmente en los ancianos. Es necesaria una mejora en la capacidad de reconocimiento de las reacciones adversas y utilizar las escalas de valoración que están a nuestro alcance para ayudar a mejorar la independencia del paciente como en el caso presentado y mejorar así la calidad de vida y el autocuidado.

Resumen: *El caso clínico que exponemos, trata de examinar cómo afecta la polifarmacia a los ancianos. Presentamos el caso de una mujer institucionalizada de 86 años que toma varios tipos de fármacos diferentes. Tras evaluar el estado general y usar escalas validadas, se detectó el problema del que hablamos, que fue abordado de forma multidisciplinar, mejorando así la calidad de vida de nuestra paciente.*

Palabras Clave: *Polifarmacia (polypharmacy); anciano frágil (frail elderly); efecto de los fármacos (drug effects).*

Introducción

La polifarmacia es el abuso en la prescripción y toma de medicamentos. Muchas veces está provocada por la prescripción en cascada que se produce cuando se prescriben medicamentos para paliar los efectos adversos de otros fármacos. Diversos estudios apuntan la relación entre el uso de fármacos y caídas. En un metanálisis de 25 estudios observacionales realizado por Leipzig et al, encontraron que pacientes que toman fármacos psicotrópicos, diuréticos o antiarrítmicos tenían mayor riesgo de tener una o más caídas. Esto, unido a la prescripción de otros fármacos como antipsicóticos y neurolépticos provoca un riesgo asociado a su situación. Esta relación entre fármaco-efecto subraya la importancia de los profesionales sanitarios en la prevención del problema siendo necesario el reconocimiento y la prevención de estos efectos para garantizar la seguridad del paciente.

Observación clínica

Presentamos el caso de una mujer institucionalizada de 86 años con antecedentes de HTA, DM tipo 2, cardiopatía isquémica crónica, FA paroxística, deterioro cognitivo (de origen vascular) y osteoporosis.

Medicación al ingreso:

- 20 gotas de Haloperidol.
- Trazodona 150 mg/día.
- Quetiapina 50 mg/día.
- Melatonina 2 mg/día.
- Sertralina 50 mg/día.
- Memantina 20 mg/día.
- Amiodarona 200 mg/día.
- Betahistina 16 mg/día.

A su llegada, a nivel funcional presenta dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Decidimos realizar escalas para valorar la dependencia y riesgo de caídas, obteniendo las siguientes puntuaciones:

- Barthel: 30 (dependencia severa para ABVD).
- Lawton and brody: 2 (dependencia grave para actividades instrumentales de la vida diaria, AIVD).
- Downton: 5 (alto riesgo de caídas).

ISBN: 978-84-949197-6-3

La paciente está somnolienta todo el día, no es capaz de caminar, mantener una conversación, participar en las terapias e incluso comer. Como consecuencia del estado de somnolencia, sufre caída con fractura de cadera en junio de 2018.

Viendo el proceso de la residente y que no mejora nada su situación de somnolencia diurna y nocturna nos ponemos en contacto con su MAP para valoración. Se decide conjuntamente retirar medicación progresivamente observando mejoría clínica poco a poco.

Situación actual:

- Fármacos: Trazodona 100mg/día y Amiodarona 200 mg/día.
- Come sola, camina con ayuda del andador, no somnolencia diurna y mantiene conversaciones fluidas. Decidimos volver a pasar las escalas anteriores mejorando significativamente:

    - Barthel: 45 (dependencia moderada para ABVD).

    - Lawton and brody: 4 (dependencia moderada para AIVD).

    - Downton: 3 (riesgo de caídas menor).

Plan de cuidados enfermeros

Presentamos el plan de cuidados utilizado durante todo el proceso para ayudar a la mejora del paciente y procurando lograr el mayor grado de autocuidado de la paciente.

NANDA

- (00002) Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades.
- (00088) Deterioro de la deambulación.
- (00051) Deterioro de la comunicación verbal.
- (00095) Deterioro del patrón del sueño.
- (00127) Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno.

NIC

- (1100) Manejo de la nutrición.
- (1800) Ayuda al autocuidado.
- (1240) Ayuda para ganar peso.
- (2395) Control de la medicación.
- (4820) Fomento de la conciencia del paciente acerca de la identidad personal, tiempo y ambiente.
- (6490) Prevención de caídas.

NOC

- (0200) Ambular.

- (1402) Autocontrol de la ansiedad.
- (0303) Autocuidados: Comer.
- (0003) Descanso.

Discusión y conclusiones

La polifarmacia tiene la capacidad de ocasionar daños graves a los pacientes. Debemos ser conscientes del potencial de los fármacos para causar efectos adversos, particularmente en los ancianos. Es necesaria una mejora en la capacidad de reconocimiento de las reacciones adversas y utilizar las escalas de valoración que están a nuestro alcance para ayudar a mejorar la independencia del paciente como en el caso presentado y mejorar así la calidad de vida y el autocuidado.

Bibliografía:

1. Pagán Núñez F.T., Tejada Cifuentes F. Prescripción en Cascada y Desprescripción. Rev Clin Med Fam . 2012 Jun [citado 2019 Jun 07] ; 5(2): 111-119. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2012000200006&lng=es.
2. Da Silva Gama Z.A., Gómez Conesa A., Sobral Ferreira M. Epidemiología de caídas de ancianos en España. Una revisión sistemática. Rev Esp Salud Pública. 2008. [citado 2019 Jun 07] ; Vol 82 (1): 43-56. Disponible en: https://www.scielosp.org/pdf/resp/2008.v82n1/43-55/es.
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Informes, estudios e investigación 2014 [citado 2019 Jun 07] Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaidas_personamayor.pdf.

Capítulo 162

Leucemia linfoblástica aguda: Educación a padres de niños en situación paliativa domiciliaria

González Gijon, Virginia

León Pavón, Arancha

Ballester Lillo, Diana

Romero Ruiz, Ana

LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA:
EDUCACION A PADRES DE NIÑOS EN SITUACION PALIATIVA DOMICILIARIA.

INTRODUCCION

La leucemia linfoblástica aguda (LLA) es el tipo de cáncer más frecuente en la edad infantil. Este tipo de leucemia constituye el 80% de todas las que se dan en la infancia y el pico de incidencia máximo se da entre los dos y los cinco años de edad.
En la LLA existe una transformación maligna de una célula progenitora linfoide inmadura, la cual se expande y forma un clon de células progenitoras idénticas bloqueadas en un punto de su diferenciación. Las manifestaciones clínicas de la LLA pueden ser la fiebre frecuente, la astenia, el dolor óseo, las petequias y la organomegalia, entre otras.
A pesar de la gran mejora de tratamientos y el incremento de supervivencia que ha habido en las últimas décadas, existe un grupo del 10-20% que fracasan o abandonan el tratamiento. Para este grupo es importante recibir cuidados paliativos, en concreto a nivel domiciliario ya que favorecen una atención integral al niño y a su familia, siendo primordial la adaptación de los padres a la situación.
Los cuidados paliativos pediátricos están formados por distintos profesionales, médico, enfermera, psicólogo, auxiliar de enfermería y trabajador social, y se pueden ofrecer en el hospital, en el domicilio o de forma ambulatoria. La hospitalización a domicilio es el ámbito en el cual los padres son los principales cuidadores del niño y evita las consecuencias de la hospitalización. Estos cuidados a domicilio pueden aumentar o mejorar la calidad de vida del niño, por ello son los indicados para este tipo de enfermedad.
Para ello, la enfermería, complementando la actividad que realiza en la consulta y en cada visita domiciliaria, crea un proyecto educativo con cinco sesiones, destinado a los padres o cuidadores principales de niños con LLA con cuidados paliativos domiciliaros, ofreciéndoles la mejor calidad de vida en el niño durante su situación paliativa.

OBSERVACIÓN CRÍTICA

Hombre de 40 años, viudo hace 1 año, padre de dos niños, uno de 8 años sin antecedentes personales de interés y otro de 5 años con diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) desde los 4 años en fase terminal con Cuidados Paliativos Domiciliarios.
Su situación económica es de clase media-baja.
En una de las visitas domiciliarias, el personal sanitario se impresiona de la no presencia y/o implicación del padre. Además existe una falta de asistencia a las sesiones educativas grupales. Únicamente se encuentra en el domicilio la abuela paterna, la que corrobora la no aceptación de la situación, ansiedad y llanto continuo.
A través del personal de psicología se logra la captación del padre y/o cuidador principal para ser incluído en nuevo grupo para acudir a dichas sesiones educativas.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

El proyecto educativo que vamos a llevar a cabo va exclusivamente destinado a los padres de los niños afectados por LLA con cuidados paliativos domiciliarios.
El proyecto se va a llevar a cabo en 5 sesiones de 90 minutos cada una de ellas y con una periodicidad semanal teniendo lugar los jueves en horario de 16:00 a 17:30 horas, el número de participantes en cada grupo será de 8 a 14 personas. Las enfermeras docentes serán las encargadas de estructurar los grupos, las sesiones serán impartidas dos enfermeras de la Consulta de Paliativos.
Al finalizar cada sesión se entregará a los participantes un breve cuestionario para poder valorar el grado de conocimiento adquirido y la importancia que cada uno le da a las diferentes sesiones.
La asistencia a las sesiones es voluntaria ya que el estado de salud del niño puede empeorar algún día y los padres no los dejarán solos, se informa a los padres que en el momento en el que se lleva a cabo la sesión tienen a su disposición personal voluntario para hacerse cargo del niño mientras esta dure con el fin de poder asistir a la sesión sin ningún problema.

1

PRIMERA SESIÓN
El objetivo es:
- Tratar los conocimientos previos en relación a la enfermedad para así conocer el grado de déficit de conocimientos que presentan los integrantes.

Técnicas de trabajo: investigación en el aula (tormenta de ideas), exposición (lección participada) e investigación en el aula (mito y realidad).
Se entregará al final de la sesión una guía llamada: ""Mi hijo tiene cáncer, ¿qué hago?"

2

SEGUNDA SESIÓN
Los objetivos son:
- Identificar los cuidados que requieren los niños con LLA en situación paliativa.
- Diferenciar entre cuidados curativos y cuidados paliativos.
- Ser capaz de enumerar todos los ámbitos que engloban los cuidados paliativos pediátricos.
- Escuchar los testimonios y experiencias de otros padres y ser capaces de compararlos con su situación.

Técnicas de trabajo: investigación en el aula (Philips 6/6), exposición (charla-coloquio) y de nuevo investigación en el aula (frases incompletas).

3

TERCERA SESIÓN
Esta sesión irá enfocada al cuidado domiciliario y al control de síntomas.
Los objetivos marcados en cuanto al cuidado domiciliario son:
- Expresar sus sentimientos en relación a este tipo de cuidados.
- Compartir sus actitudes.
- Enumerar dos situaciones que le sean beneficiosas al niño.

El objetivo marcado en cuanto al control de los síntomas es:
- Ser capaz de distinguir los diferentes síntomas que se pueden presentar en su hijo, cuáles les afectan más y por qué son importantes para ellos.

Técnicas de trabajo: investigación en el aula (tormenta de ideas), exposición (charla-coloquio) y de nuevo investigación en el aula (sopa de letras).
Las soluciones finales de esta sesión serán:
- El dolor se relaciona con masaje y distracción contándoles un cuento.
- La disnea con la enseñanza de ejercicios respiratorios.
- Las náuseas y vómitos con evitar olores fuertes y no insistir en las comidas.
- La anorexia dando líquidos y cuidados frecuentes de la boca.



4

CUARTA SESIÓN
En esta penúltima sesión nos centraremos en conocer cómo afecta la LLA y cómo abordan los padres esta situación.
Se les entregará a los asistentes el Inventario de Ansiedad Estado-Rango (STAI).

Los objetivos son:
- Expresar sus sentimientos en relación al afrontamiento de la enfermedad.
- Identificar las estrategias o estados de afrontamiento utilizados.
- Expresar por qué son importantes dichas estrategias.

Técnicas de trabajo: investigación en aula (rejilla), exposición (charla-coloquio) y demostración de habilidades (relajación para disminuir el estrés/ansiedad que puedan tener).
Al finalizar la sesión se entregará un cuestionario anónimo para la evaluación.
Se hará entrega a los participantes de "Sugerencias para los padres de niños con cáncer".



5

QUINTA SESIÓN
Esta sesión irá dedicada a la conspiración del silencio para conocer lo que los participantes opinan sobre este tema y cómo lo abordan.

Los objetivos son:
- Expresar lo que conocen ellos como conspiración del silencio y si están de acuerdo o no.
- Enumerar cuales son los aspectos positivos y negativos.
- Verbalizar su experiencia personal.

Técnicas de trabajo : investigación en aula (rejilla), exposición (charla-coloquio).
Para dar por concluídas las sesiones se entregará a los participantes un cuestionario de satisfacción general.



DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA NANDA, NIC Y NOC

1. PROCESOS FAMILIARES DISFUNCIONALES (00063) m/p incapacidad para expresar un amplio rango de sentimientos y r/c estrategias de afrontamiento ineficaces.
   NOC: - Normalización de la familia. - Apoyo familiar durante el tratamiento. - Nivel de estrés.
   NIC: - Terapia de grupo. - Disminución de la ansiedad. - Fomentar el rol parental.
2. DETERIORO PARENTAL (00056) m/p falta de flexibilidades del niño y r/c conocimiento insuficiente sobre el mantenimiento de la salud del niño.
   NOC: - Desempeño del rol de padres. - Rendimiento del cuidados principal: cuidados directos. - Conocimiento: cuidado de los hijos.
   NIC: - Aumentar los sistemas de apoyo. - Educación para la salud. - Fomentar la implicación familiar.
3. BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL (00120) m/p falta de propósito y r/c antecedentes de pérdida.
   NOC: - Autoestima. - Afrontamiento de problemas. - Nivel de ansiedad.
   NIC: - Potenciación de la autoestima. - Control del estado de ánimo. - Entrenamiento de la asertividad.
4. RIESGO DE CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR (00062) r/c falta de experiencia con los cuidados.
   NOC: - Rendimiento del cuidador principal: cuidados directos. - Afrontamiento de los problemas de la familia. - Salud emocional del cuidador principal.
   NIC: - Aumentar los sistemas de apoyo. - Fomentar la normalización familiar. - Fomentar el afrontamiento.
5. RIESGO DE DUELO COMPLICADO (00172) r/c muerte de una persona significativa.
   NOC: - Equilibrio emocional. - Autocontrol de la ansiedad. - Nivel de depresión.
   NIC: - Facilitar el duelo. - Grupo de apoyo. - Escucha activa.

DISCUSIÓN

El proyecto educativo pretende mejorar la calidad de vida de los niños con leucemia linfoblastica aguda en situación paliativa domiciliaria mediante la capacitación de los padres como cuidadores principales.
En este caso tras cada sesión el padre se sentía más cómodo a expresar sus sentimientos y a reflejar la situación que vive en casa con su hijo. Le ha servido para afianzar los conocimientos sobre la enfermedad, saber reconocer síntomas y tratarlos, encontrar estrategias de afrontamiento y sobre todo, expresar sus sentimientos con una persona cercana.
Durante la última sesión, en el momento de expresar qué ha supuesto para él este proyecto, lo que más le ha costado afrontar fue el inicio de ésta, cómo reaccionó al enterarse de la noticia, el estrés que le suponía en casa debido a que no tiene pareja, que tiene un segundo hijo al que cuidar y las dificultades que se ha encontrado para compaginar el trabajo con el cuidados de sus hijos.
Como punto negativo de este proyecto es que tiene un fin. Lo ideal sería que se creasen grupos de seguimiento para los padres de estos niños, si ellos lo desean. De forma que se cree un vínculo con el grupo en el que los padres discuten su día a día.

CONCLUSIONES

Tras el abordaje de este proyecto educativo, podemos afirmar que favorece el afrontamiento de la situación en la que se encuentra la familia. Además se observa un aumento en los lazos afectivos.
Por último, cabe destacar los beneficios que la Educación de la Salud aporta y su desconocimiento en el ámbito poblacional.

Resumen: *La leucemia linfoblástica aguda es el cáncer más frecuente en la edad infantil y es subsidiaria de recibir cuidados paliativos.*

La hospitalización a domicilio es el ámbito en el cual los padres son los principales cuidadores del niño y evita las consecuencias de la hospitalización.

El objetivo es mejorar la calidad de vida de estos niños en situación paliativa domiciliaria a través de sus padres.

Se va a llevar a cabo en cinco sesiones en las que se va a conseguir que los padres expresen sus sentimientos, refuercen sus conocimientos y conozcan la experiencia personal de otros padres.

Palabras Clave: *Leucemia linfoblástica; educación; cuidados paliativos.*

Introducción

Hombre de 40 años, viudo hace un año, padre de dos niños, uno de 8 años sin antecedentes personales de interés y otro de 5 años con diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda desde los 4 años en fase terminal con cuidados paliativos domiciliarios.

En una de las visitas domiciliarias, el personal sanitario se impresiona de la ausencia e implicación del padre. Además existe una falta de asistencia a las sesiones educativas grupales. Únicamente se encuentra en el domicilio la abuela paterna, la que corrobora la no aceptación de la situación, ansiedad y llanto continuo del padre.

A través del personal de psicología se logra la captación del padre para ser incluido en nuevo grupo para acudir a nuevas sesiones educativas.

Material y métodos

El proyecto educativo que vamos a llevar a cabo va exclusivamente destinado a los padres de niños afectados con dicha enfermedad con cuidados paliativos domiciliarios.

Constará de cinco sesiones de 90 minutos y con una periodicidad semanal teniendo lugar los jueves de 16:00 a 17:30 horas. El número de participantes en cada grupo será de 8 a 14 personas. Las enfermeras docentes serán las encargadas de estructurar los grupos y las sesiones serán impartidas por dos enfermeras de la Consulta de Paliativos.

Al finalizar cada sesión se entregará a los participantes un breve cuestionario para poder valorar el grado de conocimiento adquirido.

La asistencia a las sesiones es voluntaria. Se informa a los padres que en el momento en el que se lleva a cabo la sesión tienen a su disposición personal voluntario para hacerse cargo del niño mientras ésta dure con el fin de poder asistir a la sesión.

Primera sesión

El objetivo es tratar los conocimientos previos en relación a la enfermedad para así conocer el grado de déficit de conocimientos que tiene los padres.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Las técnicas de trabajo que se van a emplear son investigación en el aula (tormenta de ideas), exposición (lección participada) e investigación en el aula (mito y realidad).

Se entregará al final de la sesión una guía llamada: "Mi hijo tiene cáncer, ¿qué hago?".

Segunda sesión

Los objetivos son identificar los cuidados que requieren los niños en situación paliativa, diferenciar entre cuidados curativos y cuidados paliativos, ser capaz de enumerar todos los ámbitos que engloban los cuidados paliativos pediátricos y escuchar las experiencias de otros padres y compararlos con su situación.

Las técnicas de trabajo empleadas son: Investigación en el aula (Philips 6/6), exposición (charla-coloquio) y de nuevo investigación en el aula (frases incompletas).

Tercera sesión

Esta sesión irá enfocada al cuidado domiciliario y al control de síntomas.

Los objetivos marcados en cuanto al cuidado domiciliario son: expresar sus sentimientos en relación a este tipo de cuidados, compartir sus actitudes, enumerar dos situaciones que le sean beneficiosas al niño.

El objetivo marcado en cuanto al control de los síntomas es: ser capaz de distinguir los diferentes síntomas que se pueden presentar en su hijo, cuáles les afectan más y por qué son importantes para ellos.

Las técnicas de trabajo que se emplean son: investigación en el aula (tormenta de ideas), exposición (charla-coloquio) e investigación en el aula (sopa de letras).

Las soluciones finales de esta sesión serán: el dolor se relaciona con masaje y distracción contándoles un cuento, la disnea con la enseñanza de ejercicios respiratorios, las náuseas y vómitos con evitar olores fuertes y no insistir en las comidas y la anorexia dando líquidos y cuidados frecuentes de la boca.

Cuarta sesión

En esta penúltima sesión nos centraremos en conocer cómo afecta la enfermedad y cómo abordan los padres esta situación.

Se les entregará a los asistentes el Inventario de Ansiedad Estado-Rango.

Los objetivos son: Expresar sus sentimientos en relación al afrontamiento de la enfermedad, identificar las estrategias o estados de afrontamiento utilizados y expresar por qué son importantes dichas estrategias.

Las técnicas de trabajo empleadas son: investigación en aula (rejilla), exposición (charla-coloquio) y demostración de habilidades (relajación para disminuir el estrés/ansiedad que puedan tener).

Al finalizar la sesión se entregará un cuestionario anónimo para la evaluación.

Se hará entrega a los participantes de "Sugerencias para los padres de niños con cáncer".

Quinta sesión

Esta sesión irá dedicada a la conspiración del silencio para conocer lo que los participantes opinan sobre este tema y cómo lo abordan.

Los objetivos son: expresar lo que conocen ellos como conspiración del silencio y si están de acuerdo o no, enumerar cuales son los aspectos positivos y negativos y verbalizar su experiencia personal.

Las técnicas de trabajo que se utilizan son: Investigación en aula (rejilla) y exposición (charla -coloquio).

Para dar por concluidas las sesiones se entregará a los participantes un cuestionario de satisfacción general.

Resultados

El proyecto educativo pretende mejorar la calidad de vida de los niños con leucemia linfoblástica aguda en situación paliativa domiciliaria mediante la capacitación de los padres como cuidadores principales.

Tras cada sesión el padre se sentía más cómodo a expresar sus sentimientos y a reflejar la situación que vive en casa con su hijo. Le ha servido para afianzar los conocimientos sobre la enfermedad, saber reconocer síntomas y tratarlos, encontrar estrategias de afrontamiento y expresar sus sentimientos con una persona cercana.

Conclusiones

Para concluir, podemos afirmar que favorece el afrontamiento de la situación en la que se encuentra la familia. Además se observa un aumento en los lazos afectivos.

Cabe destacar los beneficios que la Educación de la Salud aporta y su desconocimiento en el ámbito poblacional.

Bibliografía

1. Navajas-Gutierrez A, De Damborenea-González MD. Hospitalización a domicilio para niños con cáncer. JANO. 2008 Oct;(1710):31-3.
2. Ortega-Sánchez MA, Osnaya-Ortega ML, Rosas-Barrientos JV. Leucemia linfoblástica aguda. Med Int Mex. 2007;23(1):26-33.
3. Negre A, Fortes I. Programa de educación sanitaria: estrategia para disminuir la ansiedad que provoca la transición del hospital a casa, en los padres de niños con cáncer. Psicooncología. 2005;2(1):157-62.
4. Bernadá M, Dall `Orso P, González E, Le Pera V, Carrerou R, Bellora R, et al. Cuidados paliativos pediátricos. Arch Pediatr Urug. 2012;83(3):203-10.

Capítulo 163

Lipoestructura de mama. Técnica Coleman. Caso clínico

Sánchez-Gil Izquierdo, Irene

Sánchez Puertas, Laura

Sánchez Puertas, María

Ballesteros Benito, María Isabel

Porras Sánchez-Escribano, Cristina

García Morales, Sandra



CASO CLÍNICO: LIPOESTRUCTURA DE MAMA. TÉCNICA COLEMAN

INTRODUCCIÓN

El Cáncer de mama implica para muchas mujeres una situación que afecta física y psicológicamente . Una de las fases en las que se presenta un mayor deterioro emocional es en el tratamiento, debido a los efectos secundarios , colaterales y secuelas del mismo, como es la mastectomía.

La reconstrucción mamaria ha evolucionado en los últimos años con la aparición de técnicas quirúrgicas sencillas que consiguen excelentes resultados. El injerto de grasa autógeno, también llamado lipofilling o lipoestructura con técnica Coleman , es una técnica que permite aumentar el grosor tisular, rellenar defectos en reconstrucciones mamarias y minimizar los efectos de la radioterapia. Esta técnica consiste en la aspiración del tejido graso (lipoaspiración) en zonas con mayor exceso de grasa siendo estas el hemiabdomen inferior, flancos o cara interna de los muslos. Se lleva a cabo con la ayuda de unas cánulas realizando unas incisiones mínimas. Seguidamente la grasa extraída es procesada y preparada mediante un centrifugado , tras el cual, el material se separa en tres capas: una superficial con liquido oleoso de la citolisis, una capa profunda de liquido hemático y la capa media de adipocitos vitales, siendo esta última tras la decantación, la seleccionada para ser implantada en la zona deseada de la mama.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Paciente de 34 años, diagnosticada por carcinoma mamario en mama derecha, tras valoración médica se decide con la paciente mastectomía con reconstrucción de mama uni o bilateral según simetría mediante prótesis mamarias + lipofilling técnica Coleman.

NANDA	NOC	NIC
00132 Dolor agudo	1605 Control del dolor.	1380 Aplicación de frio. 1400 Manejo del dolor. 2380 Manejo de la medicación.
00146 Ansiedad	1402 Control de la ansiedad.	5270 Apoyo emocional. 5880 Técnica de relajación.
148 Temor	1404 Control del miedo	5380 Potenciación de la seguridad. 5820 Disminución de la ansiedad

CONCLUSIÓN

Esta técnica es una herramienta muy versátil en reconstrucción mamaria ya que se consigue una mama con un tacto y forma más natural, contribuyendo así a la recuperación psicológica del trauma que conlleva una mastectomía y la enfermedad.

DISCUSIÓN

La lipoestructura técnica Coleman debido a su simplicidad y ausencia de complicaciones está comenzando a ser cada vez más usada. Como ventajas presenta :

-Al ser la grasa del propio paciente se evitan rechazos y reacciones alérgicas.

-Se consigue un contorno de la mama armónico, natural y duradero.

-En algunas ocasiones se realiza mediante cirugía mayor ambulatoria, lo que implica una recuperación postoperatoria más rápida y evitar el ingreso hospitalario.

Como inconvenientes presenta, en algunas ocasiones la necesidad de realizar múltiples procedimientos y la degradación que sufren los injertos grasos en los primeros meses pos intervención , debido a ello, se usan antiinflamatorios durante esos meses.

BIBLIOGRAFÍA

- Martín M, Herrero A, Echavarría I. El cáncer de mama. Arbor. 30 de junio de 2015;191(773):234.
- García-Santos EP, Pardo-García R, Rabadán-Ruiz L, Sánchez-García S, Manzanares-García MC, Muñoz V, et al. Uso del lipofilling en la mejora de los resultados de la cirugía de la mama. Nuestra experiencia. Rev Senol Patol Mamar. 1 de julio de 2014;27(3):119-22.
- Jarrah A, Paloma V, Vernetta O. Reconstrucción mamaria mediante lipoinfiltrado enriquecido con PRP. Cir Plástica Ibero-Latinoam. diciembre de 2013;39:s65-73.
- MUNDO ENFERMERO - NANDA - NOC -NIC [Internet].. Disponible en: https://www.mundoenfermero.com/nandanocnic/ini_abm.php
- Varela EB, Elías S, Montoya D, Benedek E, Sanguineti M, Schejtman D, et al. lipotransferencia como complemento de la cirugía oncoplástica del cáncer de mama detalles técnicos y experiencia inicial en el hospital universitario austral
- Martínez-Basurto AE, Lozano-Arrazola A, Rodríguez-Velázquez AL, Galindo-Vázquez Ó, Alvarado-Aguilar S. Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. Gac Mex Oncol. 1 de enero de 2014;13(1):53-8.

Resumen: *El cáncer de mama afecta física y psicológicamente a muchas mujeres, siendo el tratamiento una de las fases con mayor deterioro emocional, como es la mastectomía. La reconstrucción mamaria ha evolucionado mediante la aplicación de técnicas quirúrgicas sencillas y excelentes resultados, como es la lipoestructura técnica de Coleman que permite aumentar el grosor tisular, rellenar defectos en reconstrucciones mamarias y minimizar los efectos de la radioterapia.*

En este texto se muestra un caso clínico y se explica en qué consiste esta técnica.

Palabras Clave: *Lipoestructura de mama; técnica Coleman; cáncer de mama.*

Introducción

El cáncer de mama implica para muchas mujeres una situación que afecta física y psicológicamente. Una de las fases en las que se presenta un mayor deterioro emocional es en el tratamiento, debido a los efectos secundarios , colaterales y secuelas del mismo, como es la mastectomía.

La reconstrucción mamaria ha evolucionado en los últimos años con la aparición de técnicas quirúrgicas sencillas que consiguen excelentes resultados. El injerto de grasa autógeno, también llamado lipofilling o lipoestructura con técnica Coleman , es una técnica que permite aumentar el grosor tisular, rellenar defectos en reconstrucciones mamarias y minimizar los efectos de la radioterapia. Esta técnica consiste en la aspiración del tejido graso (lipoaspiración) en zonas con mayor exceso de grasa siendo estas el hemiabdomen inferior, flancos o cara interna de los muslos. Se lleva a cabo con la ayuda de unas cánulas realizando unas incisiones mínimas. Seguidamente la grasa extraída es procesada y preparada mediante un centrifugado , tras el cual, el material se separa en tres capas: una superficial con liquido oleoso de la citolisis, una capa profunda de liquido hemático y la capa media de adipocitos vitales, siendo esta última tras la decantación, la seleccionada para ser implantada en la zona deseada de la mama

Observación clínica

Paciente de 34 años, diagnosticada por carcinoma mamario en mama derecha, tras valoración médica se decide con la paciente mastectomía con reconstrucción de mama uni o bilateral según simetría mediante prótesis mamarias + lipofilling técnica Coleman

Discusión

La lipoestructura técnica Coleman debido a su simplicidad y ausencia de complicaciones está comenzando a ser cada vez más usada. Como ventajas presenta :

- Al ser la grasa del propio paciente se evitan rechazos y reacciones alérgicas.
- Se consigue un contorno de la mama armónico, natural y duradero.
- En algunas ocasiones se realiza mediante cirugía mayor ambulatoria, lo que implica una recuperación postoperatoria más rápida y evitar el ingreso hospitalario.

Como inconvenientes presenta, en algunas ocasiones la necesidad de realizar múltiples procedimientos y la degradación que sufren los injertos grasos en los primeros meses pos intervención , debido a ello, se usan antiinflamatorios durante esos meses.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Plan de cuidados

Establecemos un plan de cuidados donde tratamos aspectos como el manejo del dolor, control de la ansiedad, siendo un ejemplo de plan de cuidados como:

00132 Dolor agudo 1605 Control del dolor. 1380 Aplicación de frío. 1400 Manejo del dolor. 2380 Manejo de la medicación.

00146 Ansiedad 1402 Control de la ansiedad. 5270 Apoyo emocional. 5880 Técnica de relajación.

148 Temor 1404 Control del miedo Potenciación de la seguridad. 5820 Disminución de la ansiedad.

Conclusión

Esta técnica es una herramienta muy versátil en reconstrucción mamaria ya que se consigue una mama con un tacto y forma más natural, contribuyendo así a la recuperación psicológica del trauma que conlleva una mastectomía y la enfermedad.

Bibliografía

1. Martín M, Herrero A, Echavarría I. El cáncer de mama. Arbor. 30 de junio de 2015;191(773):234.
2. García-Santos EP, Pardo-García R, Rabadán-Ruiz L, Sánchez-García S, Manzanares-García MC, Muñoz V, et al. Uso del lipofilling en la mejora de los resultados de la cirugía de la mama. Nuestra experiencia. Rev Senol Patol Mamar. 1 de julio de 2014;27(3):119-22.
3. Jarrah A, Paloma V, Vernetta O. Reconstrucción mamaria mediante lipoinfiltrado enriquecido con PRP. Cir Plástica Ibero-Latinoam. diciembre de 2013;39:s65-73.
4. MUNDO ENFERMERO - NANDA - NOC -NIC [Internet].. Disponible en: https://www.mundoenfermero.com/nandanocnic/ini_abm.php.
5. Varela EB, Elías S, Montoya D, Benedek E, Sanguineti M, Schejtman D, et al. lipotransferencia como complemento de la cirugía oncoplástica del cáncer de mama detalles técnicos y experiencia inicial en el hospital universitario austral.

Capítulo 164

Manejo del delirio con dexmedetomidina en el destete ventilatorio

Díaz Gallego, Cesar
López Ruiz, Cecilia María
Moreno Quesada, María Esther
Muñoz Rodríguez, Ana
Barba Rodríguez, Felipe
Rodríguez Jiménez, Patricia

MANEJO DEL DELIRIO CON DEXMEDETOMIDINA EN EL DESTETE VENTILATORIO

Autores; César Díaz Gallego, Cecilia María López Ruiz, María Esther Moreno Quesada, Ana Muñoz Rodríguez, Felipe Barba Rodríguez, Patricia Rodríguez Jiménez

INTRODUCCIÓN

La dexmedetomidina es un alfa-2-agonista altamente selectivo que se une a los receptores adrenérgicos transmembrana en los tejidos de la periferia, en el cerebro y en la médula espinal[1,2], con una selectividad aproximadamente 7-8 veces mayor que la clonidina[2]. Tiene efectos analgésicos, ansiolíticos y sedantes, sin provocar depresión o compromiso respiratorio.

Objetivo: demostrar la baja incidencia de delirio producida por la dexmedetomidina durante el destete ventilatorio frente a otros sedantes.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica

Bases de datos
- Scielo, Pubmed, Google Scholar, Medline, Science Direct

DeCS
- Dexmedetomidina y delirio
- Destete con Dexdor
- Benzodiacepinas VMI

3200 resultados ⬇ 8 artículos

Criterios de inclusión
- Arts. en Español o Inglés
- Publicados desde 2014
- Con rigor científico JCR

RESULTADOS

- **La dexmedetomidina posee la ventaja de ser de inicio rápido y duración de acción corta, alcanza y mantiene mas fácilmente el nivel de sedación deseado, haciéndola ideal para ser utilizada en unidades de cuidados intensivos.**
- **Fármaco clave en la extubación en pacientes de terapia intensiva, ya que logra una adecuada interfase entre la ventilación asistida y la espontánea, ayudando a prevenir y controlar el delirio.**
- **A concentraciones que producen una sedación considerable, disminuye la frecuencia respiratoria, pero mantiene la pendiente de la curva de respuesta respiratoria al CO2, ya que el sueño no REM causa un descenso en la pendiente y un desplazamiento a la derecha de 3-5 mmHg de la curva de respuesta ventilatoria hipercápnica. Los efectos sobre la respiración son explicados por el estado de sueño inducido al actuar sobre el *locus coeruleus*[2,3]. Los cambios en la ventilación parecen similares a los observados durante el sueño normal y son ante todo un descenso del volumen corriente, con un escaso cambio en la frecuencia respiratoria.**
- **Efecto neuroprotector, cardiorespiratorio y renal.**
- **Contiene propiedades intrínsecas, evita cuadros confusionales agudos, acorta el tiempo de extubación y disminuye el tiempo de permanencia en la unidad de cuidados intensivos.**
- **Reduce la necesidad de agentes gabaérgicos (principales neurotransmisores inhibidores del sistema nervioso central, involucrados en la fisiopatogenia del delirium), incluso de las benzodiacepinas y los opioides.**

CONCLUSIÓN

La literatura revisada muestra como alternativa en auge a la dexmedetomidina en sustitución de las benzodiacepinas para evitar el riesgo del delirio en el contexto del destete de la ventilación mecánica, siendo de especial importancia para el diagnóstico enfermero de “Confusión aguda” (00128) o “Riesgo de confusión aguda” (00173). Por último debemos tener en cuenta que la dexmedetomidina está contraindicada en los pacientes que presenten inestabilidad hemodinámica, bloqueo AV de segundo o tercer grado, bradicardia < 50 latidos/min, enfermedad cerebrovascular grave o hipersensibilidad al fármaco.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez Rodrigo N. Manejo enfermero del delirium en pacientes adultos ingresados en unidades de cuidados intensivos [Trabajo Fin de Grado]. 2017.
2. Ortega MR, Jambrina CC, Vallhonrat IL, Simón IF. Indicaciones de la dexmedetomidina en las tendencias actuales de sedoanalgesia en el paciente crítico. Medicina Intensiva. 2014;38(1):41-8.
3. Carrillo-Torres O, Pliego-Sánchez MG, Gallegos-Allier MM, Santacruz-Martínez LC. Utilidad de la dexmedetomidina en diversos contextos en la medicina actual. Revista Mexicana de Anestesiología. 2014;37(1):27-34.
4. Celis E, Salazar FV, Marrugo VT, Ortiz G, Dueñas C. Revisión comparativa de las guías de sedación, analgesia y delirio en pacientes críticos. Acta Colombiana de Cuidado Intensivo. 2017;17(2):107-16.

Resumen: *La dexmedetomidina es un alfa-2-agonista altamente selectivo que se une a los receptores adrenérgicos transmembrana en los tejidos de la periferia, en el cerebro y en la médula espinal, con una selectividad aproximadamente 7-8 veces mayor que la clonidina. Tiene efectos analgésicos, ansiolíticos y sedantes, sin provocar depresión o compromiso respiratorio.*

El uso de la dexmedetomidina se muestra como alternativa de las benzodiacepinas para evitar el riesgo del delirio en el del destete de la ventilación mecánica, siendo de especial importancia para el diagnóstico enfermero de "Confusión aguda" (00128) o "Riesgo de confusión aguda" (00173).

Palabras Clave: *Dexmedetomidina and delirio; benzodiacepinas en ventilación mecánica invasiva; destete ventilatorio con dexmedetomidina.*

Introducción

La dexmedetomidina es un alfa-2-agonista altamente selectivo que se une a los receptores adrenérgicos transmembrana en los tejidos de la periferia, en el cerebro y en la médula espinal1,2, con una selectividad aproximadamente 7-8 veces mayor que la clonidina2. Tiene efectos analgésicos, ansiolíticos y sedativos, sin provocar depresión o compromiso respiratorio1,2,3,4.

Objetivo

Demostrar la baja incidencia del delirio producida por la dexmedetomidina durante el destete ventilatorio frente a otros sedantes.

Material y métodos

Se ha realizado una revisión bibliográfica a través de las bases de datos Scielo, Pubmed, Google Scholar, Medline, Sciencie Direct, las palabras claves utilizadas han sido dexmedetomidina and delirio, destete ventilatorio con dexmedetomidina y benzodiacepinas en ventilación mecánica invasiva , todo ello hizo que obtuviésemos como resultado 3.200 artículos de los cuales seleccionamos 8, basándonos en criterios de inclusión como artículos en Español o Inglés, publicados a partir del 2014 y que portasen rigor científico JCR.

Resultados

A concentraciones de dexmedetomidina que producen una sedación considerable, disminuye la frecuencia respiratoria, pero mantiene la pendiente de la curva de respuesta respiratoria al CO2, ya que el sueño no REM causa un descenso en la pendiente y un desplazamiento a la derecha de 3-5 mmHg de la curva de respuesta ventilatoria hipercápnica3; los efectos sobre la respiración son explicados por el estado de sueño inducido al actuar sobre el locus coeruleus2,3. Los cambios en la ventilación parecen similares a los observados durante el sueño normal y son ante todo un descenso del volumen corriente, con un escaso cambio en la frecuencia respiratoria3.

La farmacología de la dexmedetomidina presenta ventajas ya probadas para la utilización en el contexto de la medicina crítica y anestesiología. La ventaja de un inicio rápido y una duración de

ISBN: 978-84-949197-6-3

acción corta la convierten en un agente adecuado para la unidad de cuidados intensivos. En el postoperatorio mantiene la motilidad del intestino sin aumentarla o disminuirla, evita náuseas y vómitos, al igual que el temblor3.

Diversos estudios han comprobado un efecto protector a nivel neurológico, cardiorrespiratorio y renal2,3. Últimamente se ha utilizado como fármaco clave para la extubación en los pacientes en la terapia intensiva, ya que logra una adecuada interfase entre la ventilación asistida y la espontánea, ayudando además a prevenir o en algunos casos controlar el delirio en pacientes susceptibles. En cuanto a efectos colaterales, de los cuales la bradicardia y la hipotensión son los más comunes, se ha demostrado adecuada seguridad a la administración, tanto en niños como en adultos, siempre y cuando se realice en un tiempo adecuado y sin pasar de las dosis recomendadas por vías de administración. Produce depresión respiratoria mínima o nula; por lo tanto, puede ser utilizada de forma segura en pacientes con ventilación mecánica o espontánea3.

La dexmedetomidina posee propiedades intrínsecas para evitar que se produzcan los cuadros confusionales agudos1,2; además acorta el tiempo de extubación y disminuye la permanencia en la unidad de cuidados intensivos3,4. Parece reducir la necesidad de los agentes gabaérgicos (principales neurotransmisores inhibidores del sistema nervioso central, involucrados en la fisiopatogenia del delirium), incluso de las benzodiacepinas y los opioides. Además, con esta sustancia se alcanza y mantiene con una mayor facilidad el nivel de sedación deseado. Por otro lado, favorece el descanso nocturno, promoviendo su cantidad y calidad con patrones naturales de sueño1.

Conclusión

La literatura revisada muestra como alternativa en auge a la dexmedetomidina en sustitución de las benzodiacepinas para evitar el riesgo del delirio en el contexto del destete de la ventilación mecánica, siendo de especial importancia para el diagnóstico enfermero de “Confusión aguda” (00128) o “Riesgo de confusión aguda” (00173). Por último debemos tener en cuenta que la dexmedetomidina está contraindicada en los pacientes que presenten inestabilidad hemodinámica, bloqueo AV de segundo o tercer grado, bradicardia < 50 latidos/min, enfermedad cerebrovascular grave o hipersensibilidad al fármaco.

Bibliografía

1. Sánchez Rodrigo N. Manejo enfermero del delirium en pacientes adultos ingresados en unidades de cuidados intensivos [Trabajo Fin de Grado]. 2017.

2. Ortega MR, Jambrina CC, Vallhonrat IL, Simón IF. Indicaciones de la dexmedetomidina en las tendencias actuales de sedoanalgesia en el paciente crítico. Medicina Intensiva. 2014;38(1):41-8.

3. Carrillo-Torres O, Pliego-Sánchez MG, Gallegos-Allier MM, Santacruz-Martínez LC. Utilidad de la dexmedetomidina en diversos contextos en la medicina actual. Revista Mexicana de Anestesiología. 2014;37(1):27-34.

4. Celis E, Salazar FV, Marrugo VT, Ortiz G, Dueñas C. Revisión comparativa de las guías de sedación, analgesia y delirio en pacientes críticos. Acta Colombiana de Cuidado Intensivo. 2017;17(2):107-16.

Capítulo 165

Manejo del niño con esofagitis eosinofílica. A propósito de un caso.

Abril Béjar, Juana

MANEJO DEL NIÑO CON ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

INTRODUCCIÓN

La Esofagitis Eosinofílica es un trastorno inflamatorio crónico de tipo autoinmunitario caracterizado por la presencia de infiltrados de células leucocitarias de tipo eosinófilos en la mucosa del esófago. Sin fisiopatología clara, es causada en la mayoría de los casos por alérgenos alimentarios. También se asocia con asma, rinitis, alergia alimentaria y dermatitis atópica. La clínica es amplia, variando desde dolor abdominal, vómitos y disfagia hasta retraso en el crecimiento y reflujo gastroesofágico.

El primer caso fue descrito por Dobbins en 1977 y hasta 1993 no se definió como patología clínicamente diferenciada al resto de las enfermedades eosinofílicas. Aunque no existe amplia epidemiología, el número de casos se ha visto aumentado en los últimos años, sobre todo en la edad pediátrica (más del 65% de los casos), pasando de ser una enfermedad mal diagnosticada a la segunda causa de esofagitis crónica. Es importante adquirir conocimientos acerca del manejo de Enfermería de estos niños con el objetivo de dar una educación para la salud más adecuada y así mejorar episodios y disminuir clínica.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Paciente varón de 9 meses de edad nacido a término mediante cesárea, lactancia materna eficaz, desarrollo psicomotor normal, dermatitis desde el nacimiento, vacunas según calendario y escasa ganancia ponderal. A los 5 meses presentó leve edema palpebral y eritema facial tras la toma de leche adaptada, lo que se repitió tras la toma de puré de frutas. Acude a consulta pediátrica de atención primaria. La madre refiere que presenta aversión a los alimentos desde hace varios días, presentando erupción eritematosa peribucal tras la toma de puré de verduras seguido de un vómito abundante una hora después. Es remitido por pediatra a la Unidad de Alergología, donde se le solicita analítica, pruebas cutáneas con alimentos y prueba de provocación al puré de frutas, patata y verduras. Se obtiene resultado de alergia a PLV, sensibilización al huevo y reacción a frutas y verduras (en estudio).



PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

DIAGNÓSTICO (NANDA)	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	INTERVENCIONES (NIC)	ACTIVIDADES
(00103) Deterioro de la deglución r/c obstrucción mecánica m/p duración prolongada de la formación del bolo, rechazo de alimentos, retraso en la deglución y vómitos.	(01011) Estado de deglución: fase esofágica	- (101103) Ausencia de dolor epigástrico - (101104) Comodidad con la deglución	(1860) Terapia de deglución	- Controlar peso corporal. - Ayudar al mantener una posición sentada durante 30 min después de terminar de comer.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La esofagitis eosinofílica es una patología que se distingue por inflamación con infiltrado eosinofílico del esófago. La fisiopatología aún no está completamente establecida, por ello es importante diferenciarla de forma diagnóstica de acalasia, reflujo gastroesofágico o ingesta de cuerpo extraño. Existen varias teorías que relacionan factores endógenos y ambientales. El mecanismo inmunoalérgico también puede darse en el esófago, de ahí que sean importantes pruebas de sensibilidad para alimentos y neumoalérgenos como ayuda en el diagnóstico. La confirmación debe ser anatomopatológica.

Actualmente no existe tratamiento definitivo. En niños, destaca es la restricción dietética: dietas con exclusión de los alimentos positivos en test cutáneos de alergia (PLV y frutas / verduras en este caso clínico), con reintroducción progresiva individual y progresivamente hasta encontrar el desencadenante clínico (retrasada la introducción de huevo hasta 12 meses con prueba de provocación en este caso).

Resumen: *La esofagitis eosinofílica (EEO) es un trastorno inflamatorio crónico de tipo autoinmunitario sin fisiopatología clara. La clínica es amplia y actualmente no existe tratamiento definitivo, destacando restricciones dietéticas.*

El primer caso fue descrito en 1977 y hasta 1993 no se definió como patología. El número de casos se ha visto aumentado en los últimos años, sobre todo en la edad pediátrica.

Es importante adquirir conocimientos acerca del manejo de enfermería de estos niños con el objetivo de dar una educación para la salud más adecuada y así mejorar episodios y disminuir clínica.

Palabras Clave: *Esofagitis eosinofílica; enfermería pediátrica; atención primaria de salud.*

Introducción

La esofagitis eosinofílica es un trastorno inflamatorio crónico de tipo autoinmunitario caracterizado por la presencia de infiltrados de células leucocitarias de tipo eosinófilos en la mucosa del esófago. Sin fisiopatología clara, es causada en la mayoría de los casos por alérgenos alimentarios. También se asocia con asma, rinitis, alergia alimentaria y dermatitis atópica. La clínica es amplia, variando desde dolor abdominal, vómitos y disfagia hasta retraso en el crecimiento y reflujo gastroesofágico.

El primer caso fue descrito por Dobbins en 1977 y hasta 1993 no se definió como patología clínicamente diferenciada al resto de las enfermedades eosinofílicas. Aunque no existe amplia epidemiología, el número de casos se ha visto aumentado en los últimos años, sobre todo en la edad pediátrica (más del 65 de los casos), pasando de ser una enfermedad mal diagnosticada a la segunda causa de esofagitis crónica.

Es importante adquirir conocimientos acerca del manejo de Enfermería de estos niños con el objetivo de dar una educación para la salud más adecuada y así mejorar episodios y disminuir clínica.

Observación clínica

Paciente varón de 9 meses de edad nacido a término mediante cesárea, lactancia materna eficaz, desarrollo psicomotor normal, dermatitis desde el nacimiento, vacunas según calendario y escasa ganancia ponderal.

A los 5 meses presentó leve edema palpebral y eritema facial tras la toma de leche adaptada, lo que se repitió tras la toma de puré de frutas. Acude a consulta pediátrica de atención primaria. La madre refiere que presenta aversión a los alimentos desde hace varios días, presentando erupción eritematosa peribucal tras la toma de puré de verduras seguido de un vómito abundante una hora después. Es remitido por pediatra a la Unidad de Alergología, donde se le solicita analítica, pruebas cutáneas con alimentos y prueba de provocación al puré de frutas, patata y verduras. Se obtiene resultado de alergia a PLV, sensibilización al huevo y reacción a frutas y verduras (en estudio).

Plan de cuidados enfermeros

- Diagnóstico NANDA: (00103) Deterioro de la deglución r/c obstrucción mecánica m/p duración prolongada de la formación del bolo, rechazo de alimentos, retraso en la deglución y vómitos.

ISBN: 978-84-949197-6-3

- Resultado (NOC): (01011) Estado de deglución: fase esofágica.

- Indicadores: (101103) Ausencia de dolor epigástrico y (101104) comodidad con la deglución.

- Intervenciones (NIC): (1860) Terapia de deglución.

- Actividades: Controlar peso corporal y ayudar a mantener una posición sentada durante 30 minutos después de terminar de comer.

Discusión y conclusiones

La esofagitis eosinofílica es una patología que se distingue por inflamación con infiltrado eosinofílico del esófago. La fisiopatología aún no está completamente establecida, por ello es importante diferenciarla de forma diagnóstica de acalasia, reflujo gastroesofágico o ingesta de cuerpo extraño.

Existen varias teorías que relacionan factores endógenos y ambientales. El mecanismo inmunoalérgico también puede darse en el esófago, de ahí que sean importantes pruebas de sensibilidad para alimentos y neumoalérgenos como ayuda en el diagnóstico. La confirmación debe ser anatomopatológica.

Actualmente no existe tratamiento definitivo. En niños, destaca es la restricción dietética: dietas con exclusión de los alimentos positivos en test cutáneos de alergia (PLV y frutas verduras en este caso clínico), con reintroducción progresiva e individual hasta encontrar el desencadenante clínico (retrasada la introducción de huevo hasta 12 meses con prueba de provocación en este caso).

Bibliografía

1. Ballón Hurtado AE, Encinas Bascones A, Bascones Martínez MA. Esofagitis eosinofílica: A propósito de un caso. Rev Pediatr Aten Primaria. 2009; 11: 625-30.
2. Manual sobre la esofagitis eosinofílica. Asociación Española de esofagitis eosinofílica.
3. Sánchez Salmador R, García Martínez de Bartonomé R. Esofagitis eosinofílica. Act Form Pediatr Aten Prim. 2013; 6 (2): 169-72.

Capítulo 166

Manejo del síndrome de abstinencia en el recién nacido expuesto a drogas durante la gestación: Caso clínico

Espinosa Velasco, Verónica

Megía Castro, María Isabel

MANEJO DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA EN EL RECIÉN NACIDO EXPUESTO A DROGAS DURANTE LA GESTACIÓN: CASO CLÍNICO

Autoras: Megía Castro María Isabel y Espinosa Velasco Verónica

INTRODUCCIÓN

El síndrome de abstinencia neonatal por exposición materna son un conjunto de alteraciones que se producen en el recién nacido debido al cese del suministro de la droga consumida por la madre durante la gestación. Suele manifestarse antes de las 72 h de vida, y puede durar incluso meses.
Los síntomas que se manifiestan son numerosos y las secuelas son importantes a nivel neurosensorial y del desarrollo del niño.
Un estudio reciente afirma que un tercio de la población gestante es consumidora de alguna sustancia, y hasta un 8'3% se detecta en cocaína.
En general, muchas de las gestantes suelen ocultar el consumo, por ello, es importante una detección precoz y observación de signos de alarma en el neonato para poder llevar a cabo las medidas pertinentes y disminuir o paliar los síntomas y secuelas a largo plazo, así como ofrecer una asistencia social adecuada para el buen desarrollo y seguimiento de estos niños.
El test Finnegan es una herramienta muy utilizada por enfermería para la detección precoz de los síntomas, que valora la gravedad de los síntomas y la necesidad de tratamiento.

(Imagen 1: test Finnegan; imagen 2: algunos signos de abstinencia en neonatos)



Imagen 1



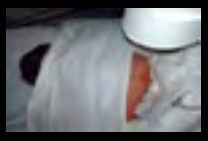


Imagen 2

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Recién nacida de 39+5 semanas de edad gestacional con embarazo poco controlado, hija de madre consumidora de 70 mg de metadona diaria, clorazepato y paroxetina, fumadora y con carga viral elevada a Hep. C +.
Al nacimiento se observa crecimiento intrauterino retardado con percentiles < 5.
Los diagnósticos establecidos son.

- Síndrome de abstinencia neonatal severo a múltiples sustancias.
- RN a término de peso pequeño para la edad gestacional.
- Hijo de madre VHC + con carga viral elevada.
- Hijo de madre ex -toxicómana.
- Riesgo social severo.

Se comienza desde el nacimiento con medidas físicas y ambientales del manejo la recién nacida, así como vigilancia estrecha de síntomas asociados al riesgo por síndrome de abstinencia.
A las 48 de vida se observan síntomas compatibles con síndrome de abstinencia neonatal tras aplicar la escala Finnegan modificada desde el nacimiento, entre ellos: irritabilidad, llanto agudo excesivo, hipertonía, temblores, sudoración profusa, fiebre, succión ávida, vómitos en proyectil, estornudos frecuentes, excoriación perianal con heces liquidas, sueño escaso y taquipnea.
Se inicia tratamiento con fenobarbital con discreta mejoría inicial y al 4º día se observa empeoramiento de la clínica precisando añadir metadona al tratamiento, que no podrán ser suspendidos hasta los 35 y 55 días respectivamente ya que la mejoría se produce de manera muy lenta y progresiva.
A las 60 días presenta infección respiratoria con VRS +, por lo que la clínica se acentúa, pero es posible el manejo con métodos físicos mediante contención, técnicas de relajación y manejo ambiental de luz, ruidos y estímulos externos.
Tras 70 días de ingreso recibe alta hospitalaria con la custodia a cargo de un familiar, seguimientos en consultas externas, rehabilitación y asistente social.

En la evolución en consultas sucesivas se observa:

- Hipertonía hasta los 10 meses de edad.
- No marcha independiente hasta los 2 años, aunque mantiene posición de hiperlordosis.
- Precisa fisioterapia y estimulación hasta los 3 años de dad.
- A los 5 años de edad mantiene tratamiento con logopedia por retraso del lenguaje, se ha observado un déficit de atención y mantiene posición cifolordótica.
- Buena relación con familia de acogida.

DISCUSIÓN

Es Imprescindible la labor de enfermería para poder realizar una detección temprana y así llevar a cabo las medidas físicas, ambientales y farmacológicas adecuadas para el buen desarrollo de estos niños.

Sería conveniente conocer el tipo, frecuencia y cantidad de las sustancias consumidas por la mujer gestante, ya que eso nos permite intentar abordar el problema desde el inicio y poder controlar los síntomas con mayor facilidad.
Los embarazos no controlados, la problemática social y la ocultación en el momento del parto son las trabas mas frecuentes para el abordaje de este problema, pero esta demostrado que el reconocimiento y diagnostico precoz en los neonatos desde su inicio, mejora los síntomas de los recién nacidos y sus secuelas a largo plazo.

Es por ello imprescindible la labor de enfermería para la detección temprana del S.A. del RN, ya que está demostrado que el abordaje desde el inicio mejora los síntomas y sus secuelas a largo plazo.
El manejo enfermero en estos casos es fundamental, ya que con el uso de fármacos únicamente no se consigue controlar los síntomas, el seguimiento y los cuidados constituyen el mas importante de los tratamientos.

PLAN DE CUIDADOS

El plan de cuidados se centra en el manejo de los síntomas del recién nacido y en la observación estrecha para puntuar correctamente en la escala Finnegan y poder ajustar el tratamiento, aunque el planteamiento de trabajo que se baraja para un futuro es el de detección precoz de las madres consumidoras para establecer un seguimiento optimo que posteriormente de mejores resultados en los neonatos.
Los principales diagnósticos de enfermería serían:



CONCLUSIONES

Existen numerosos problemas en el niño asociados al consumo de tóxicos durante la gestación, a nivel somático, conductual, social y del desarrollo, que hacen que tengan una infancia compleja o secuelas permanentes.
Es de vital importancia la utilización de unos instrumentos metodológicos como el proceso enfermero, para la elaboración y puesta en marcha de protocolos de cuidados y asegurar la calidad y continuidad de los mismos. La valoración del test de Finnegan que realiza enfermería para el ajuste correcto del tratamiento y las intervenciones puestas en práctica, hace que los síntomas sean menos intensos.
El trabajo de enfermería constituye los cimientos sobre los que luego han de trabajar logopedas, fisioterapeutas, estimuladores o psicólogos

BIBLIOGRAFÍA

- Protocolos actualizados al año 2008. www.aepnd.es/protocolos/
- The Cochrane Collaboration. Tratamiento con opiáceos para el síndrome de abstinencia a opiáceos en neonatos. La Biblioteca Cochrane Plus, 2007,nº 4.
- Mur A, Viñolas M. Consumo de drogas durante la gestación y sus repercusiones pediátricas, ARch Pediatr 2005; 46: 9-1
- Moro Serrano M. El hijo de madre adicta a drogas. En De Paz Garnelo JA. Pediatría preventiva y social (3ª. ed) Interbinder, Madrid 2002
- Martines A, Collin Partridge J, Bean X, William Taeusch H. Abuso perinatal de sustancias. En Taeusch Ballard: Tratado de Neonatología de Avery (7ma ed. Esp). Ed. Harcourt, Madrid 2000
- Gallo M, Lacoste JA, Ramirez MT, Sánchez M,Romero MM, Lozano M, Rohde A, García del Río M, Abeshera M, Martinez Valverde A. Resultados perinatales de la drogodependencia durante el embarazo. Clin Invest Gin Obst.1993; 20: 64-74

Resumen: *El consumo de drogas en mujeres embarazadas es una situación relativamente frecuente. Estudios recientes afirman que un tercio de la población gestante es consumidora de alguna sustancia.*

El síndrome de abstinencia neonatal (SAN) es consecuencia de la interrupción brusca de la exposición fetal crónica a sustancias que fueron utilizadas por la madre durante el embarazo.

Muchas de las gestantes ocultan el consumo, por ello es importante la detección precoz para disminuir los síntomas o secuelas.

A menudo el SAN resulta en estadías hospitalarias prolongadas. En el caso clínico que presentamos el paciente necesitó 70 días de ingreso en UCIN.

Palabras Clave: *Síndrome de abstinencia neonatal; embarazo; recién nacido.*

Introducción

El síndrome de abstinencia neonatal por exposición materna son un conjunto de alteraciones que se producen en el Recién Nacido (RN) debido al cese del suministro de la droga consumida por la madre durante la gestación. Suele manifestarse antes de las 72 horas de vida, y puede durar incluso meses.

Los síntomas que se manifiestan son numerosos y las secuelas son importantes a nivel neurosensorial y del desarrollodel niño.

Un estudio reciente afirma que un tercio de la población gestante es consumidora de alguna sustancia, y hasta un 8,3 % se detecta en cocaína.

En general muchas de las gestantes suelen ocultar el consumo, por ello, es importante una detección precoz y observación de signos de alarma en el neonato para poder llevar a cabo las medidas pertinentes y disminuir o paliar los síntomas y secuelas a largo plazo, así como ofrecer una asistencia social adecuada para el buen desarrollo y seguimiento de estos niños.

El test Finnegan es una herramienta muy utilizada por enfermería para la detección precoz de los síntomas, que valora la necesidad de tratamiento.

Observación clínica

RN de 34+5 semanas de gestación con embarazo poco controlado. Presenta crecimiento intrauterino retardado con percentil <5.

Hija de madre consumidora de 70 mg de metadona diaria, clorazepato y paroxetina, fumadora y con carga viral elevada a Hepatitis C+. Riesgo social severo.

Se aplica escala de Finnegan desde el nacimiento, a las 48 de vida se observan síntomas compatibles con síndrome de abstinencia neonatal como irritabilidad, llanto agudo excesivo, hipertonía, temblores, sudoración profusa, fiebre, succión ávida, vómitos en proyectil, estornudos frecuentes, excoriación perianal con heces líquidas, sueño escaso y taquipnea.

Se inicia tratamiento con Fenobarbital y Metadona, que no podrán ser suspendidos hasta los 35 y 55 días respectivamente.

A los 60 días presenta infección respiratoria por VRS+, por lo que la clínica se acentúa, se manejan con métodos físicos mediante contención, técnicas de relajación y manejo ambiental de luz, ruidos y estímulos externos.

Tras 70 días de ingreso recibe alta hospitalaria con la custodia a cargo de un familiar.

Evolución en consultas sucesivas:

- Hipertonía hasta los 10 meses de edad.
- No marcha independiente hasta los 2 años, aunque mantiene posición de hiperlordosis.

ISBN: 978-84-949197-6-3

- Precisa fisioterapia y estimulación hasta los 3 años.
- A los 5 años mantiene tratamiento con logopeda por retraso del lenguaje, presenta déficit de atención y mantiene posición cifolordótica.
- Buena relación con la familia de acogida.

Plan de cuidados

El plan de cuidados se centra en el manejo de los síntomas del RN y en la observación estrecha para puntuar correctamente en la escala Finnegan y poder ajustar el tratamiento, aunque el planteamiento de trabajo que se baraja para un futuro es el de detección precoz de las madres consumidoras para establecer un seguimiento óptimo que posteriormente de mejores resultados en neonatos.

Principales diagnósticos de enfermería:

NANDA (00116) Conducta desorganizada del lactante r/c síndrome de abstinencia del neonato.

NANDA (00104) Lactancia materna interrumpida r/c drogodependencia.

NANDA (00002) Alteración de la nutrición por defecto r/c síndrome de abstinencia del neonato.

NANDA (00095) Deterioro del patrón del sueño r/c síndrome de abstinencia del neonato.

NANDA (00146) Ansiedad r/c Síndrome de abstinencia del neonato.

NANDA (00013) Diarrea r/c Síndrome de abstinencia del neonato.

NANDA (00047) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c diarrea.

NANDA (00007) Hipertermia r/c Síndrome de abstinencia del neonato.

NANDA (000579 Riesgo de deterioro del rol parental r/c separación.

Discusión

Es imprescindible la labor de enfermería para poder realizar una detección precoz y así llevar a cabo las medidas físicas, ambientales y farmacológicas adecuadas para el buen desarrollo de estos niños.

Es importante conocer el tipo, frecuencia y cantidad de las sustancias consumidas por la mujer gestante, esto nos permite abordar el problema desde el inicio y poder controlar los síntomas con mayor facilidad.

Los embarazos no controlados, la problemática social y la ocultación en el momento del parto son las trabas más frecuentes para el abordaje de este problema, pero está demostrado que el reconocimiento y diagnóstico precoz en los neonatos desde su inicio mejoran los síntomas y sus secuelas a largo plazo.

Conclusión

Existen numerosos problemas en el niño asociados al consumo de tóxicos durante la gestación, a nivel somático, conductual, social y del desarrollo, que hacen que tengan una infancia compleja o secuelas permanentes.

Es de vital importancia la utilización de unos instrumentos metodológicos como el proceso enfermero, para la elaboración y puesta en marcha de protocolos de cuidados y asegurar la calidad y continuidad de los mismos.

La valoración del test de Finnegan que realiza enfermería para el ajuste correcto del tratamiento y las intervenciones puestas en práctica, hace que los síntomas sean menos intensos.

El trabajo de enfermería constituye los cimientos sobre los que luego han de trabajar logopedas, fisioterapeutas, estimuladores o psicólogos.

Bibliografía

1. Protocolos actualizados al año 2008. www.aeped.es/protocolos/.
2. The Cochrane Collaboration. Tratamiento con opiáceos para el síndrome de abstinencia a opiáceos en neonatos. La Biblioteca Cochrane Plus,2007, nº 4.
3. Mur A, Viñolas M. Consumo de drogas durante la gestación y sus repercusiones pediátricas, ARch Pediatr 2005; 46: 9-1.

Capítulo 167

Manejo reanimación intrauterina a través de la hiperoxigenación materna

Sánchez Díaz, Mª Cristina

Bórnez García de la Plaza, Cristina

Nieto Díaz, Rut

Álvarez Lozano, Eva María

MANEJO REANIMACIÓN INTRAUTERINA A TRAVÉS DE LA HIPEROXIGENACIÓN MATERNA

INTRODUCCIÓN

El trabajo de parto es un evento de riesgo para la hipoxia fetal aguda. Ante este riesgo, se han desarrollado múltiples métodos de evaluación del bienestar fetal intraparto, tales como: auscultación intermitente de latidos cardiacos fetales (LCF), monitoreo electrónico fetal intraparto (MEFI), estimulación vibroacústica fetal, oximetría de pulso fetal, medición de pH de cuero cabelludo y electrocardiografía (ECG) fetal intraparto.

La resucitación fetal intraútero o reanimación intrauterina constituye un conjunto de técnicas aplicadas a la madre con el objetivo de mejorar la oxigenación fetal ante una SPBF determinado por un patrón no tranquilizador o patológico del registro cardiotocográfico. Algunas de las maniobras, como la lateralización materna, suspensión de infusión oxitócica y el aporte de volumen intravenoso, son ampliamente avaladas por la literatura. Sin embargo, la hiperoxigenación materna es considerada como parte del manejo, pero existe debate respecto de su real utilidad y seguridad.

OBJETIVO

Conocer la evidencia científica que existe sobre la efectividad y seguridad de la hiperoxigenación materna intraparto como maniobra de resucitación intrauterina ante un RCTG patológico.

METODOLOGÍA

- Revisión sistemática de artículos científicos en las siguientes bases de datos y buscadores: PubMed, Cuiden, Web of Science, Medical Heritage Library, Cochrane Plus, Dialnet, IBECS, Cuidatge, y ENFISPO.
- **Palabras clave:** “hiperoxigenación materna”, “reanimación intrauterina”, “oxigenoterapia”, “bradicardia fetal”, “sufrimiento fetal”, “maternal hiperoxygenation” y “intrauterine resucitation.
- Se filtraron los resultados de los últimos 10 años, en español e inglés.
- Tras el análisis se seleccionaron un total de 10 artículos de interés y relevancia para el presente trabajo.

RESULTADOS

Durante el parto, las contracciones aumentan de forma fisiológica la presión intrauterina comprimiendo inicialmente las venas (45-50 mmHg) y aumentando el volumen de sangre del espacio intervelloso hasta que la presión intrauterina es suficiente para detener el flujo sanguíneo arterial. Esto provoca una reducción de la PO2 de la sangre en el espacio intervelloso y disminución de la saturación fetal de oxígeno en un 7% aproximadamente en su punto más bajo, alrededor de 90-120 segundos después del acmé de la contracción.

La recuperación se produce normalmente en un periodo de tiempo o similar (90-150 segundos), disminuyendo la saturación basal lenta y gradualmente a lo largo del parto.

Estudios prospectivos muestran que la administración de alto flujo de oxígeno a la madre en trabajo de parto mejora la PO2 materna, aumenta a su valor máximo y la saturación de oxígeno fetal aumenta un 34%. Este efecto fetal comienza a los pocos minutos de su administración, y puede persistir hasta 30 minutos tras el cese.

Un **estudio clásico** demostró que la administración de O2 al 100% corrige los patrones no tranquilizadores de FCF, disminuyendo la línea base en casos de taquicardia fetal y reduciendo o eliminando desaceleraciones tardías.

Hay **guías de práctica clínica** que, con un nivel de evidencia limitado, (nivel de evidencia C) recomiendan la oxigenoterapia materna en los casos más graves de bradicardia fetal y durante un tiempo limitado.

Estudios realizados muestran un beneficio de la hiperoxigenación materna en la mejora de un RCTG alterado. Sin embargo, los efectos sobre los valores de pulsioximetría fetal son contradictorios habiéndose descrito una mayor incidencia de acidosis fetal cuando la administración se prolonga más allá de 10 minutos.



La **guía de atención al parto de NICE** advierte de que no se emplee el oxígeno aplicado a la madre para la resucitación fetal intrauterina, porque puede dañar al bebé, pero se podría usar cuando se administra por indicaciones maternales como hipoxia, o como parte de la preoxigenación antes de un anestésico potencial.

La **guía de atención al parto**, incluida en el catálogo de Guíasalud, afirma que "el uso prolongado de la oxigenoterapia en la madre puede ser perjudicial para el feto y debe evitarse. No hay estudios que evalúen los beneficios o los riesgos asociados con el uso a corto plazo de la oxigenoterapia materna en los casos de presunto compromiso fetal”.

Del mismo modo, no se ha demostrado la seguridad de la hiperoxigenación materna.

CONCLUSIONES

Al no haber demostrado su eficacia en el caso de sufrimiento fetal y al no estar ésta exenta de riesgos potenciales, varios autores desaconsejan el uso de rutina de la oxigenoterapia materna para tratar la bradicardia o el sufrimiento fetal. Las recomendaciones en guías de práctica clínica son contradictorias; indicando algunas, con evidencia limitada, la aplicación de oxígeno materno en caso de bradicardia fetal, mientras que para otras estaría contraindicado.
Se concluye la necesidad de desarrollar estudios, de buena calidad metodológica, que resuelvan el debate de si la hiperoxigenación materna es una medida efectiva de resucitación intrauterina.

BIBLIOGRAFÍA

- Calveiro Hermo, M. Administración de oxígeno materno ante patrones cardiotocográficos sugerentes de pérdida de bienestar fetal. REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología) 4, (2012).
- Manzanares, S. Sámchez-Guila, M.M. Pineda, et al. Resucitación fetal intrauterina. Elservier Doyma. Clin Invest Gin Obst. 2012. doi:1016/j.gine.2012.03.003
- Usandizaga Beguiristáin, J.A. De la Fuente Pérez, P. Obstetricia y Ginecología. 4o edición. Marbán. Madrid. 2011.

Resumen: *La resucitación fetal intraútero o reanimación intrauterina constituye un conjunto de técnicas aplicadas a la madre con el objetivo de mejorar la oxigenación fetal ante una sospecha de pérdida de bienestar fetal determinado por un patrón no tranquilizador o patológico del registro cardiotocográfico.*

Algunas de las maniobras como la lateralización materna, suspender la perfusión de oxitocina y aportar volumen intravenoso, son avaladas por la literatura. En cambio, la hiperoxigenación materna no ha demostrado su eficacia en caso de sufrimiento fetal y no está exenta de riesgos potenciales.

Palabras Clave: *Intrauterine resucitation; sufrimiento fetal; reanimación intrauterina.*

Introducción

El trabajo de parto es un evento de riesgo para la hipoxia fetal aguda. Ante este riesgo, se han desarrollado múltiples métodos de evaluación del bienestar fetal intraparto, tales como: auscultación intermitente de latidos cardiacos fetales (LCF), monitoreo electrónico fetal intraparto (MEFI), estimulación vibroacústica fetal, oximetría de pulso fetal, medición de pH de cuero cabelludo y electrocardiografía (ECG) fetal intraparto.

La resucitación fetal intraútero o reanimación intrauterina constituye un conjunto de técnicas aplicadas a la madre con el objetivo de mejorar la oxigenación fetal ante una SPBF determinado por un patrón no tranquilizador o patológico del registro cardiotocográfico. Algunas de las maniobras, como la lateralización materna, suspensión de infusión oxitócica y el aporte de volumen intravenoso, son ampliamente avaladas por la literatura. Sin embargo, la hiperoxigenación materna es considerada como parte del manejo, pero existe debate respecto de su real utilidad y seguridad.

Objetivo

Conocer la evidencia científica que existe sobre la efectividad y seguridad de la hiperoxigenación materna intraparto como maniobra de resucitación intrauterina ante un RCTG patológico.

Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática de artículos científicos en las siguientes bases de datos y buscadores: PubMed, Cuiden, Web of Science, Medical Heritage Library, Cochrane Plus, Dialnet, IBECS, Cuidatge y ENFISPO.

Se usaron como palabras clave: “hipoxia fetal”, hiperoxigenación materna” “resucitación intrauterina” “maternal hiperoxygenation” y “intrauterine resucitation”.

Se filtraron los resultados de los últimos 10 años, en español e inglés. Tras el análisis de la bibliografía se seleccionaron un total de 10 artículos de interés y relevancia para el presente trabajo.

Resultados

Durante el parto, las contracciones aumentan de forma fisiológica la presión intrauterina comprimiendo inicialmente las venas (45-50 mmHg) y aumentando el volumen de sangre del espacio intervelloso hasta que la presión intrauterina es suficiente para detener el flujo sanguíneo arterial. Esto provoca una reducción de la PO_2 de la sangre en el espacio intervelloso y disminución de la saturación fetal de oxígeno en un 7 % aproximadamente en su punto más bajo, alrededor de 90-120 segundos después del acme de la contracción.

ISBN: 978-84-949197-6-3

La recuperación se produce normalmente en un periodo de tiempo o similar (90-150 segundos), disminuyendo la saturación basal lenta y gradualmente a lo largo del parto.

Estudios prospectivos muestran que la administración de alto flujo de oxígeno a la madre en trabajo de parto mejora la PO2 materna, aumenta a su valor máximo y la saturación de oxígeno fetal aumenta un 34%. Este efecto fetal comienza a los pocos minutos de su administración, y puede persistir hasta 30 minutos tras el cese.

Un estudio clásico demostró que la administración de O_2 al 100 % corrige los patrones no tranquilizadores de FCF, disminuyendo la línea base en casos de taquicardia fetal y reduciendo o eliminando desaceleraciones tardías.

Hay guías de práctica clínica que, con un nivel de evidencia limitado, (nivel de evidencia C) recomiendan la oxigenoterapia materna en los casos más graves de bradicardia fetal y durante un tiempo limitado.

Estudios realizados muestran un beneficio de la hiperoxigenación materna en la mejora de un RCTG alterado. Sin embargo, los efectos sobre los valores de pulsioximetría fetal son contradictorios habiéndose descrito una mayor incidencia de acidosis fetal cuando la administración se prolonga mas allá de 10 minutos.

La guía de atención al parto de NICE advierte de que no se emplee el oxígeno aplicado a la madre para la resucitación fetal intrauterina, porque puede dañar al bebé, pero se podría usar cuando se administra por indicaciones maternales como hipoxia, o como parte de la preoxigenación antes de un anestésico potencial.

La guía de atención al parto, incluida en el catálogo de Guíasalud, afirma que «el uso prolongado de la oxigenoterapia en la madre puede ser perjudicial para el feto y debe evitarse. No hay estudios que evalúen los beneficios o los riesgos asociados con el uso a corto plazo de la oxigenoterapia materna en los casos de presunto compromiso fetal".

Del mismo modo, no se ha demostrado la seguridad de la hiperoxigenación materna.

Conclusiones

Al no haber demostrado su eficacia en el caso de sufrimiento fetal y al no estar está exenta de riesgos potenciales, varios autores desaconsejan el uso de rutina de la oxigenoterapia materna para tratar la bradicardia o el sufrimiento fetal. Las recomendaciones en guías de práctica clínica son contradictorias; indicando algunas, con evidencia limitada, la aplicación de oxígeno materno en caso de bradicardia fetal, mientras que para otras estaría contraindicado.

Se concluye la necesidad de desarrollar estudios, de buena calidad metodológica, que resuelvan el debate de si la hiperoxigenación materna es una medida efectiva de resucitación intrauterina.

Bibliografía

1. Núñez V, F. & Carvajal C, J. Efectividad de la hiperoxigenación materna y tocolisis aguda en monitoreo electrónico fetal intraparto alterado. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 74, 247–252 (2009).
2. Ezquerro Cordón, V. & Gaya Salas, A. TAquicardia fetal intraparto.
3. Ministerio de Sanidad y Politica Social. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. (2010).
4. National Institute for Health and Care Excellence. Addendum to intrapartum care: Care for healthy women and babies. (2017).
5. Calveiro Hermo, M. Administración de oxígeno materno ante patrones cardiotocográficos sugerentes de pérdida de bienestar fetal. REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología) 4, (2012)

Capítulo 168

Manipulación de medicamentos peligrosos

Chaparro Galán, Miriam

Cruz Durán, Amparo

Cabezas Buitrago, Francisco Javier

De la Calle Serrano, Itziar

MANIPULACIÓN DE MEDICAMENTOS PELIGROSOS

XI CONGRESO DE INVESTIGACIÓN SATSE CIUDAD REAL | MAYO DEL 2019

1.INTRODUCCIÓN

El término ***Hazardous Drugs*** (medicamento peligroso en *inglés*) fue introducido en 1990 por la *American Society Hospital Pharmacy* (ASHP) y nombrado por primera vez en 2004 por el Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH) para todos aquellos medicamentos que cumplieran alguno de los siguientes **DETERMINANTES DE PELIGROSIDAD:**

- CARCINOGENICIDAD
- TOXICIDAD REPRODUCTIVA
- TOXICIDAD EN ÓRGANOS A DOSIS BAJAS
- TERATOGENICIDAD
- GENOTOXICIDAD
- NUEVOS MEDICAMENTOS CON PERFILES DE ESTRUCTURA Y TOXICIDAD SIMILAR A MEDICAMENTOS CATALOGADOS COMO MP PREVIAMENTE

El NIOSH publicó un listado de Medicamentos Peligrosos (MP) que fue actualizado en 2010, 2012, 2014 y 2016. Este último incluye una revisión de todos los fármacos incluidos en el listado de 2004 (al cual se añadieron 34 nuevos MP)

MARCO LEGAL

De FORMA GENERAL, la ***Ley 31/1995, del 8 de Noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales*** establece la adecuada protección de la salud de los trabajadores.

De FORMA ESPECÍFICA, ***el Real Decreto 665/1997, del 12 de Mayo*** y el ***Real Decreto 598/2015, del 3 de Julio;*** defiende la protección de los trabajadores contra riesgos derivados de la exposición a agentes cancerígenos y establece el Reglamento de los Servicios de prevención, respectivamente.

JUSTIFICACIÓN

LA FINALIDAD DE ESTE TRABAJO ES LA ACTUALIZACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS RESPECTO A LA MANIPULACIÓN DE MP MOTIVADO POR

- El riesgo que conlleva una mala manipulación, la falta de concienciación por parte de los profesionales sanitarios sobre sus consecuencias y la creciente exposición a los MP.
- El predominio del número de publicaciones que hablan sobre la manipulación de medicamentos citostáticos frente a las que explican el resto de grupos de MP, quedando estos en un segundo plano.

2.OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL

PROMOVER EL CONOCIMIENTO SOBRE LAS MEDIDAS DE MANIPULACIÓN DE MP

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓**Revisión de medidas generales** de manipulación de MP.
- ✓**Revisión de medidas específicas** de manipulación de MP según su clasificación por el NIOSH.
- ✓**Promover la seguridad** del paciente y profesionales sanitarios en su práctica clínica.
- ✓**Promover una correcta Educación en Salud** de los profesionales sanitarios sobre la manipulación de MP destinada a los pacientes y/o familiares.

3. METODOLOGÍA

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA MANIPULACIÓN DE MP

Para la búsqueda bibliográfica se han empleado las siguientes **bases de datos**:

- Google Académico
- Pubmed
- Medline
- Cuiden Plus

Documentos extraídos de la Página Web Oficial del NIOSH.

Descriptores de búsqueda:

- Medicamento peligros
- Manipulación segura
- Protección profesional

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

✓Revisiones Sistemáticas
✓Guías de Práctica Clínica
✓Protocolos de Actuación
✓Programas de Prevención de Accidentes Laborales.

✓Artículos publicados en los últimos **10 años** que recojan datos sobre el tema central

4.RESULTADOS

FACTORES QUE CONDICIONAN EL RIESGO DE EXPOSICIÓN EN LOS MP

- **SUSCEPTIBILIDAD DEL MANIPULADOR**
- **NIVEL DE EXPOSICIÓN.** Concentración y cantidad del fármaco, frecuencia de la manipulación…
- **ESTRUCTURA.** Recursos humanos (capacitación de los manipuladores), instalaciones (CSB) o utilización de SCTM.
- **PELIGROSIDAD INTRÍNSECA DEL MEDICAMENTO**
- **MEDIDAS DE PREVENCIÓN DEL PROFESIONAL**

CLASIFICACIÓN DE MP SEGÚN EL NIOSH

GRUPO 1 O MP1
MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS.
Ej: Fluorouracilo

GRUPO 2 O MP2
MEDICAMENTOS NO ANTINEOPLÁSICOS CON UN CRITERIO DE PELIGROSIDAD.
Ej: Risperidona, tacrolimus

GRUPO 3 O MP3
MEDICAMENTOS NO ANTINEOPLÁSICOS QUE SUPONEN RIESGO REPRODUCTIVO PARA INDIVIDUOS EN EDAD FÉRTIL Y MUJERES EMBARAZADAS O EN PERIODO DE LACTANCIA
Ej: Acenocumarol, A. Valproico., Fluconazol

NO MANIPULAR MP1 y MP2 "TRABAJADORES SENSIBLES"

- Mujeres embarazadas, en periodo de lactancia, con antecedentes de abortos.
- Personal con inmunodeficiencias o que haya recibido tto inmunosupresor.
- Personal con antecedentes de neoplasia o tratamiento citostático.
- Personal profesionalmente expuesto a radiaciones ionizantes (>1 mSv/año).

5.CONCLUSIÓN

Los efectos sobre la salud de los MP, están justificados en los pacientes ya que el **balance beneficio/riesgo** es favorable.

Sin embargo, estos efectos deben evitarse en el personal sanitario MEDIANTE **medidas de prevención y protección que garanticen unas condiciones de trabajo óptimas**.

FUNCIÓN DE PROFESIONALES:

INCIDIR SOBRE LOS FACTORES CONDICIONANTES del riesgo de exposición a los MP

USO DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DEL PROFESIONAL

Equipo de protección Personal (EPI), CSB, SCTM, Limpieza, actuación ante derrames, gestión de residuos.

IMPRESCINDIBLE CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS DEL MEDICAMENTO CON EL QUE ESTAMOS TRABAJANDO

SIN EMBARGO:

- La alta carga de trabajo,
- La urgencia de las intervenciones,
- La gran cantidad de fármacos que se manejan a diario…

DIFICULTAN EL CONOCIMIENTO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS MEDICAMENTOS QUE NO SE UTILIZAN HABITUALMENTE

DESTACAR LA IMPORTANCIA DE LA IDENTIFICACIÓN DEL MP desde el momento de recepción por el Servicio de Farmacia

Incluir la ESPECIFICACIÓN DEL GRUPO DE MP al que pertenece según la NIOSH

6.- BIBLIOGRAFÍA

1. Amorós A, , Caballero P, Conejo R, de Andrés MC, Díaz MA, Fernández J, et al. Guía de Actuación frente al riesgo de exposición a los medicamentos peligrosos para los trabajadores del servicio de Salud de Castilla-La Mancha [Internet]. Toledo: Servicio de Salud de Castilla-La Mancha; 2018 [consultado: 2019 Mar 20]. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwijqam0nLnhAhWs8uAKHcrMDF8QFjAAegQIABAC&url=http%3A%2F%2Fsescam.castillalamancha.es%2Fsites%2Fsescam.castillalamancha.es%2Ffiles%2Fdocumentos%2Fpdf%2F20181113%2Fguia_actuacion_frente_al_riesgo_de_exposicion_a_medicamentos_peligrosos-sescam.pdf&usg=AOvVaw3R-CXanMkHHI4K6GLmwYc6
2. Delgado O, Guardino X, Moreno E, Cercós AC, Alonso JM, Gaspar M , et al. Medicamentos peligrosos. Medidas de prevención para su preparación y administración [Internet]. Madrid: INSHT; 2016 [consultado: 2019 Mar 20]. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiE1_HUn7nhAhWUBWMBHaHZBsgQFjAAegQIBhAC&url=http%3A%2F%2Fwww.insht.es%2FInshtWeb%2FContenidos%2FDocumentacion%2FFICHAS%2520DE%2520PUBLICACIONES%2FEN%2520CATALOGO%2FHigiene%2F2016%2520medicamentos%2520peligrosos%2FMedicamentos%2520peligrosos.pdf&usg=AOvVaw34KtuKJ7SIwhE1HWuoWRym
3. Monografías de Farmacia Hospitalaria y de Atención Primaria. Medicamentos Peligrosos. Legislación sobre agentes cancerígenos, mutágenos y medicamentos peligrosos [Internet]. Barcelona: Bayer Hispania, S.L.; 2016 [consultado: 2019 Mar 20]. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjgr9rUornhAhUqyIUKHdZ5BccQFjAAegQIAhAC&url=https%3A%2F%2Fwww.sefh.es%2Ffichadjuntos%2FMonografias_FH_Medicamentos_Peligrosos.pdf&usg=AOvVaw3zSngGhtejEnbRoIUZFMy4
4. Connor TH, MacKenzie BA, DeBord DG, Trout DB, O'Callaghan JP. NIOSH list of antineoplastic and other hazardous drugs in healthcare settings, 2016 [Internet]. NIOSH [2016] . Cincinnati, OH: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health, DHHS (NIOSH); 2016. [consultado 2019 Mar 20]. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwi667arrLnhAhWNxYUKHcGlDGsQFjAAegQIABAC&url=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fniosh%2Fdocs%2F2016-161%2Fpdfs%2F2016-161.pdf&usg=AOvVaw3ZurQmclXuFO1bz-CmPqXa
5. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) – NIOSH Publications and Products [Internet]. U.S. Department of Health & Human Services; 2016 [revisado: 2017 Mar 31; consultado 2019 Mar 20]. Disponible en: https://www.cdc.gov/niosh/docs/2016-161/default.html
6. Bernabeu MA, Mateo M, Santos JM, Álvarez LM, Wanden-Berghe C, Sanz J. Guidelines for safe handling of hazardous drugs: A sistematic review. Plos One [Internet] 2018 [Consultado 2019 Mar 20]; 13(5). Disponible en: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197172
7. Lepe S, Forcen R, La Torre M, MartÃñez C,AÃ Ivarez MA, FernaÃndez M, et al. Manipulación de medicamentos peligrosos en Servicio de Farmacia [Internet]. Valencia, España: Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, Conselleria de Sanitat i Salut PuÃ blica; 2016. [consultado 2019 Mar 2019]. Disponible en: https://goo.gl/CycZko
8. The United States Pharmacopeial Convention (USP). USP General Chapter. Hazardous Drugs Handling in healthcare settings [Internet]. Rockville, USA: USP; 2017 [consultado 2019 Mar 20]. Disponible en: https://goo.gl/HnCMWA

Resumen: *Introducción: Se considera medicamento peligrosos (MP) todo fármaco que cumpla algún determinante de peligrosidad. Objetivo: Conocer las medidas de manipulación de MP que garanticen la seguridad del paciente y profesionales sanitarios. Metodología: El trabajo consiste en una revisión bibliográfica sobre medidas de manipulación de los MP. Resultados: Se recomienda la no manipulación de MP1 y MP2 por "trabajadores sensibles" ni de MP3 por profesionales sanitarios en riesgo reproductivo, mujeres embarazadas o en periodo de lactancia.*

Conclusiones: Debemos adoptar las medidas de prevención y protección necesarias que garanticen condiciones óptimas de trabajo interviniendo en los factores condicionantes de peligrosidad modificables.

Palabras Clave: *Buenas prácticas de manipulación; medidas de seguridad; administración del tratamiento farmacológico.*

Introducción

El término Hazardous Drugs (medicamento peligroso en inglés) fue introducido en 1990 por la American Society Hospital Pharmacy (ASHP)(1,2,4) y nombrado por primera vez en 2004 por el Instituto Nacional para la Seguridad y Salud (NIOSH) para todos aquellos medicamentos que cumplieran alguno de los siguientes determinantes de peligrosidad(1,2):

- Carcinogenicidad.
- Teratogenicidad.
- Toxicidad reproductiva.
- Toxicidad en órganos a dosis bajas.
- Genotoxicidad
- Nuevos medicamentos con perfiles de estructura y toxicidad similar a medicamentos catalogados como peligrosos previamente(2).

El NIOSH publicó un listado de medicamentos peligrosos (MP) que fue actualizado en 2010, 2012, 2014 y 20162. En esta última se realizó una revisión de todos los fármacos incluidos en el listado de 2004 y se añadieron 34 nuevos(2).

Respecto al marco legal, de forma general, la Ley 31/1995, del 8 de Noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales es la norma legal que establece la adecuada protección de la salud de los trabajadores(2,3).

De forma específica, el Real Decreto 665/1997, del 12 de Mayo y el Real Decreto 598/2015, del 3 de Julio; defiende la protección de los trabajadores contra riesgos derivados de la exposición a agentes cancerígenos y establece el Reglamento de los Servicios de prevención, respectivamente(2,3).

Este trabajo se realiza para la actualización de los conocimientos de los profesionales sanitarios respecto a la manipulación de MP motivado por dos razones.

ISBN: 978-84-949197-6-3

En primer lugar, por el riesgo que conlleva una mala manipulación de estos fármacos, la creciente exposición a este grupo y la falta de concienciación de los profesionales sanitarios sobre las consecuencias en la salud.

En segundo lugar, por el predominio de publicaciones que hablan sobre la manipulación de medicamentos citostáticos frente a las que explican el resto de grupos de MP, quedado estos últimos en un segundo plano.

Objetivos

El objetivo principal es conocer las medidas adecuadas de manipulación de MP para la adaptación de la práctica clínica a la normativa vigente garantizando la seguridad tanto del paciente como de los profesionales sanitarios.

Los objetivos específicos son:

- Revisión de las medidas generales de manipulación de MP.
- Revisión de las medidas específicas de manipulación de MP según su clasificación por el NIOSH.
- Promover la seguridad del paciente y profesionales sanitarios.
- Promover una correcta Educación en Salud por parte de los profesionales sanitarios sobre la manipulación de MP destinado a los pacientes y/o familiares.

Metodología

El trabajo consiste en una revisión bibliográfica sobre la clasificación y manipulación de MP.

Las bases de datos empleadas para la búsqueda bibliográfica fueron: Google Académico, Pubmed, Medline y Cuiden Plus. Se han utilizado documentos extraídos de la Página Web oficial del NIOSH.

Los criterios de inclusión para la búsqueda fueron Revisiones Sistemáticas, Guías de Práctica Clínica, Protocolos de Actuación y Programas de Prevención de Accidentes Laborales publicados en los últimos 10 años.

Los descriptores de búsqueda fueron: medicamentos peligrosos, manipulación segura y protección profesional.

Resultados

Existen 5 factores condicionantes del riesgo de exposición en la manipulación de MP:

- Peligrosidad intrínseca del medicamento.
- Medidas de prevención utilizadas por el profesional.
- Estructura: Capacitación de los manipuladores, instalaciones, utilización de SCTM en preparación y administración.
- Susceptibilidad del manipulador.
- Nivel de exposición: duración y frecuencia de la manipulación(2).

Según la última actualización del NIOSH, los MP se clasifican en 3 grupos:

1. Grupo 1 o MP1: medicamentos antineoplásicos (Fluorouracilo)
2. Grupo 2 o MP2: medicamentos no antineoplásicos con un criterio de peligrosidad (Risperidona o tacrolimus).
3. Grupo 3 o MP3: medicamento no antineoplásico que suponen riesgo reproductivo para aquellos individuos en edad fértil y mujeres embarazadas o en periodo de lactancia (Acenocumarol, A.Valproico, Fluconazol)(1,2,4,5).

Medidas específicas de manipulación:

Se recomienda que no manipulen MP1 y MP2, los "trabajadores sensibles":

- Mujeres embarazadas, en periodo de lactancia, con antecedentes de abortos en edad fértil.
- Personal con inmunodeficiencias o con tratamiento inmunosupresor previo.
- Personal con antecedentes de neoplasia o con tratamiento citostático previo
- Personal profesionalmente expuesto a radiaciones ionizantes (más de 1 mSv/año)(1).

Se recomienda que no manipulen MP3 los profesionales sanitarios en riesgo para el proceso reproductivo y mujeres embarazadas o en periodo de lactancia(1).

Conclusiones

Los efectos sobre la salud producidos por los MP en los pacientes están justificados ya que presentan un balance beneficio/riesgo favorable. Sin embargo, estos efectos deben evitarse en el personal sanitario, ya que no se obtienen beneficio clínico y el balance beneficio/riesgo es claramente negativo(2).

Por ello deben adoptarse todas las medidas de prevención y protección necesarias que garanticen condiciones óptimas de trabajo.

Muchos de los factores condicionantes del riesgo de exposición a MP no son modificables, como la peligrosidad intrínseca del medicamento. Sin embargo, debemos intervenir en aquellos que sean modificables, evitando la exposición de "trabajadores sensibles" y empleando medidas de prevención, como los EPI.

El riesgo de exposición depende de múltiples factores y la protección individual debe adaptarse a cada actividad de manipulación. Para ello, deben conocerse las características del medicamento manipulado. Sin embargo, en muchas ocasiones la alta carga de trabajo, la urgencia de las intervenciones y la gran cantidad de fármacos que se manejan a diario, nos dificulta conocer las características de aquellos medicamentos que no se utilizan habitualmente.

Por ello, queremos destacar en este trabajo la gran importancia de la correcta identificación del fármaco como MP desde el momento de recepción por el servicio de Farmacia, así como la especificación del grupo de MP al que pertenece.

Bibliografía

1. Amorós A, , Caballero P, Conejo R, de Andrés MC, Díaz MA, Fernández J, et al. Guía de Actuación frente al riesgo de exposición a los medicamentos peligrosos para los trabajadores

del servicio de Salud de Castilla-La Mancha [Internet]. Toledo: Servicio de Salud de Castilla-La Mancha; 2018 [consultado: 2019 Mar 20]. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwijqam0nLnhAhWs8uAKHcrMDF8QFjAAegQIABAC&url=http%3A%2F%2Fsescam.castillalamancha.es%2Fsites%2Fsescam.castillalamancha.es%2Ffiles%2Fdocumentos%2Fpdf%2F20181113%2Fguia_actuacion_frente_al_riesgo_de_exposicion_a_medicamentos_peligrosos-sescam.pdf&usg=AOvVaw3R-CXanMkHHI4K6GLmwYc6

2. Delgado O, Guardino X, Moreno E, Cercós AC, Alonso JM, Gaspar M , et al. Medicamentos peligrosos. Medidas de prevención para su preparación y administración [Internet]. Madrid: INSHT; 2016 [consultado: 2019 Mar 20]. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiE1_HUn7nhAhWUBWMBHaHZBsgQFjAAegQIBhAC&url=http%3A%2F%2Fwww.insht.es%2FInshtWeb%2FContenidos%2FDocumentacion%2FFICHAS%2520DE%2520PUBLICACIONES%2FEN%2520CATALOGO%2FHigiene%2F2016%2520medicamentos%2520peligrosos%2FMedicamentos%2520peligrosos.pdf&usg=AOvVaw34KtuKJ75IwhE1HWuoWRym

3. Monografías de Farmacia Hospitalaria y de Atención Primaria. Medicamentos Peligrosos. Legislación sobre agentes cancerígenos, mutágenos y medicamentos peligrosos [Internet]. Barcelona: Bayer Hispania, S.L.; 2016 [consultado: 2019 Mar 20]. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjqr9rUornhAhUqyIUKHdZ5BccQFjAAegQIAhAC&url=https%3A%2F%2Fwww.sefh.es%2Ffichadjuntos%2FMonografias_FH_Medicamentos_Peligrosos.pdf&usg=AOvVaw3zSngGhtejEnbRoIUZFMy4

4. Connor TH, MacKenzie BA, DeBord DG, Trout DB, O'Callaghan JP. NIOSH list of antineoplastic and other hazardous drugs in healthcare settings, 2016 [Internet]. NIOSH [2016] . Cincinnati, OH: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health, DHHS (NIOSH); 2016. [consultado 2019 Mar 20]. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwi667arrLnhAhWNxYUKHcGlDGsQFjAAegQIABAC&url=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fniosh%2Fdocs%2F2016-161%2Fpdfs%2F2016-161.pdf&usg=AOvVaw3ZurQmclXuFO1bz-CmPqXa

5. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) – NIOSH Publications and Products [Internet]. U.S. Department of Health & Human Services; 2016 [revisado: 2017 Mar 31; consultado 2019 Mar 20]. Disponible en: https://www.cdc.gov/niosh/docs/2016-161/default.html

Capítulo 169

Medidas asistenciales a mujeres víctimas de trata de seres humanos con fines de explotación sexual

Ruiz Gómez-Pimpollo, Marta

Jurado Palomo, Alejandro

MEDIDAS ASISTENCIALES A MUJERES VÍCTIMAS DE TRATA DE SERES HUMANOS CON FINES DE EXPLOTACIÓN SEXUAL

Marta Ruiz Gómez-Pimpollo
Alejandro Jurado Palomo

Introducción

Según el Índice Global de Esclavitud, en 2018 había 40.3 millones de personas esclavizadas a nivel mundial.
El Informe Global de Trata de Personas 2018 de la UNODC: Actualmente se reportan más víctimas de trata que en los últimos 13 años.
Instituciones sanitarias desempeñan un papel clave porque las víctimas acuden con frecuencia buscando asistencia médica, deberíamos dar información sobre los riesgos sanitarios asociados a su situación y los recursos existentes.
En España, se calcula que el 90% de las mujeres en prostitución son víctimas de trata.



Objetivos de esta revisión bibliográfica:

- Conocer el nivel de evidencia que existe acerca del tratamiento a mujeres víctimas de trata en el ámbito sanitario.
- Definir los tratamientos existentes según la evidencia encontrada.

Método

Revisión no sistemática de la literatura científica sobre la asistencia que debe darse a mujeres adultas víctimas de trata de personas por parte del personal sanitario, con el fin de conseguir un mayor bienestar para las víctimas.

Pregunta de búsqueda

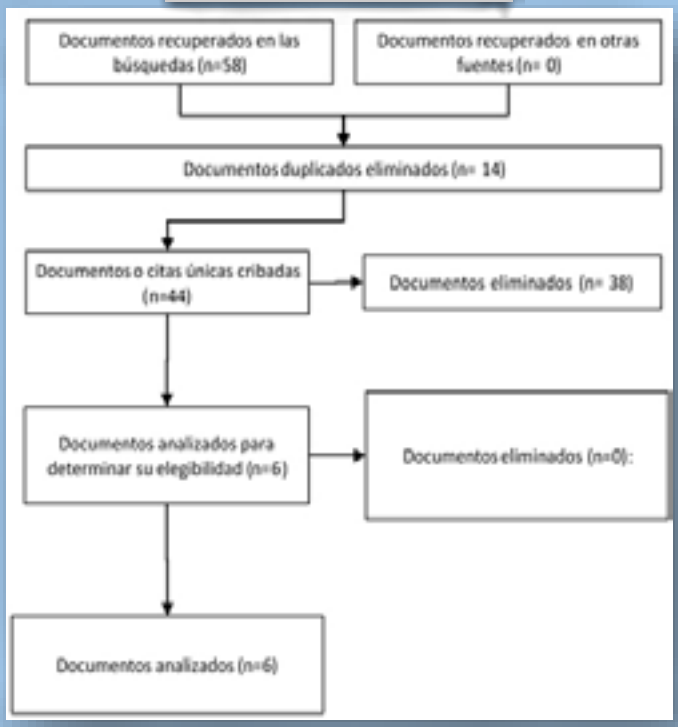
P: Mujeres adultas víctimas de trata de seres humanos con fines de explotación sexual
E: Asistencia especializada
C: Asistencia habitual
O: Bienestar de la víctima

Bases de datos consultadas:

- Guías de práctica clínica: GUIASALUD, NICE, RNAO y The Community Guide.
- Revisiones Sistemáticas: Biblioteca Reproductiva de la OMS, Campbell Library, Cochrane, CRD (Centre for Reviews and Dissemination), Pubmed y Health Evidence Canada.
- Metabuscadores: Trip, Epistemonikos, Pubmed y NHS Evidence.
- Bases de datos bibliográficos: CUIDEN, LILACS, MEDES, SCIELO y SIETES.

Evaluación crítica de los documentos: Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPe) y el Instrumento para la Evaluación de Guías de Práctica Clínica (AGREE II).

Flujograma de estudio



Resultados

- Escasa evidencia encontrada.
- El personal sanitario se encuentra en una posición única para identificar a las víctimas.
- Es necesario trabajar en la capacidad de los sanitarios para la identificación, la prestación de cuidados adecuados y la seguridad de las víctimas de trata
- Tener una entrevista con una mujer víctima de trata de seres humanos suele ser inusual, no se aborda correctamente la situación.
- Debemos evitar los prejuicios, dar seguridad, privacidad, confidencialidad y tranquilidad.
- Una intervención educativa a los profesionales sanitarios, aumenta la calidad en la atención y la capacidad para detectar posibles nuevos casos.
- Se han visto resultados al contactar con supervivientes de la trata de mujeres con los nuevos casos, trabajando el empoderamiento de la mujer.

Conclusiones

Es necesario que los trabajadores sanitarios, sobre todo los de servicio de urgencias, reciban formación sobre identificación, atención y derivación de las víctimas de trata.
El enfoque a las víctimas debe de ser multidisciplinar e integral, para asegurar el máximo bienestar de estas personas.
Necesitamos estudios futuros más rigurosos sobre el tema.

Resumen: *Este trabajo consiste en una revisión de la literatura científica sobre la asistencia que debe proporcionarse a mujeres adultas víctimas de trata sexual por parte del personal sanitario.*

Normalmente la toma de contacto con este tipo de víctimas se da en los servicios de urgencia donde no se identifican en un primer momento.

Actualmente no hay evidencia suficiente acerca de cómo deben ser atendidas las personas víctimas de trata por parte de los sanitarios. Existen pocos estudios que hablen sobre el tratamiento a estas víctimas y su calidad suele ser deficiente.

Palabras Clave: *Explotación sexual; asistencia; trata de seres humanos.*

Introducción

Según el Índice Global de Esclavitud, en 2018 había 40.3 millones de personas esclavizadas a nivel mundial.

El Informe Global de Trata de Personas 2018 de la UNODC: Actualmente se reportan más víctimas de trata que en los últimos 13 años.

Instituciones sanitarias desempeñan un papel clave porque las víctimas acuden con frecuencia buscando asistencia médica, deberíamos dar información sobre los riesgos sanitarios asociados a su situación y los recursos existentes.

En España, se calcula que el 90 % de las mujeres en prostitución son víctimas de trata.

Objetivos

- Conocer el nivel de evidencia que existe acerca del tratamiento a mujeres víctimas de trata en el ámbito sanitario.
- Definir los tratamientos existentes según la evidencia encontrada.

Método

Revisión no sistemática de la literatura científica sobre la asistencia que debe darse a mujeres adultas víctimas de trata de personas por parte del personal sanitario, con el fin de conseguir un mayor bienestar para las víctimas.

Pregunta de búsqueda;

P: Mujeres adultas víctimas de trata de seres humanos con fines de explotación sexual

E: Asistencia especializada

C: Asistencia habitual

O: Bienestar de la víctima

Bases de datos consultadas:

- Guías de práctica clínica: GUIASALUD, NICE, RNAO y The Community Guide.
- Revisiones Sistemáticas: Biblioteca Reproductiva de la OMS, Campbell Library, Cochrane, CRD (Centre for Reviews and Dissemination), Pubmed y Health Evidence Canada.

ISBN: 978-84-949197-6-3

- Metabuscadores: Trip, Epistemonikos, Pubmed y NHS Evidence.
- Bases de datos bibliográficos: CUIDEN, LILACS, MEDES, SCIELO y SIETES.

Evaluación crítica de los documentos: Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPe) y el Instrumento para la Evaluación de Guías de Práctica Clínica (AGREE II).

Resultados

- Escasa evidencia encontrada.
- El personal sanitario se encuentra en una posición única para identificar a las víctimas.
- Es necesario trabajar en la capacidad de los sanitarios para la identificación, la prestación de cuidados adecuados y la seguridad de las víctimas de trata
- Tener una entrevista con una mujer víctima de trata de seres humanos suele ser inusual, no se aborda correctamente la situación.
- Debemos evitar los prejuicios, dar seguridad, privacidad, confidencialidad y tranquilidad.
- Una intervención educativa a los profesionales sanitarios, aumenta la calidad en la atención y la capacidad para detectar posibles nuevos casos.
- Se han visto resultados al contactar con supervivientes de la trata de mujeres con los nuevos casos, trabajando el empoderamiento de la mujer.

Discusión

Sería necesario una formación del personal sanitario sobre identificación, atención y derivación de las víctimas de trata. El enfoque a las víctimas debe de ser multidisciplinar e integral, para asegurar el máximo bienestar de estas personas.

Las personas que han sido víctimas de tráfico humano tienen dificultades a la hora de acceder a los servicios de salud. En la mayoría de los casos presentan dificultades con el idioma y no poseen documentos de identidad, por lo que tienen miedo a una posible detención, que claramente llevaría a una revictimización. Debemos conseguir que la información acerca de la gratuidad de los servicios sanitarios en nuestro país llegue a las víctimas para que puedan acudir a los mismos sin miedo.

Limitaciones

Los estudios que hemos encontrado sobre trata de personas tienen una calidad de evidencia baja. Por otro lado, los estudios incluyen también a hombres y menores de edad que no coincide con nuestra población diana. En ocasiones, el seguimiento de los sujetos no se prolonga lo suficiente. Hay intervenciones que carecen de cegamiento o el grupo control no está bien establecido, por lo que aumenta el sesgo.

En este estudio nos hemos centrado en explotación sexual, por lo que hemos dado poca importancia a otro tipo de explotación como es la laboral. A su vez, nos hemos querido centrar en el tratamiento por lo que hemos desechado muchos estudios que tratan únicamente sobre la identificación

Conclusión

La trata de seres humanos es la esclavitud de nuestro siglo, y deberíamos estar preparados para poner nuestro grano de arena; no solo al detectar a las víctimas y ofrecerles nuestra ayuda, sino también disponiendo de todos los medios para no revictimizarlas con un trato deficiente.

Las víctimas de trata de seres humanos con fines de explotación sexual necesitan una atención especializada y holística. Actualmente, los profesionales sanitarios tenemos poca evidencia acerca del tratamiento más adecuado en el caso de detectar a una víctima de trata o que una asociación la derive a nuestras consultas. Es necesario y urgente que los trabajadores de la salud, sobre todo los que están en el servicio de urgencias, reciban formación acerca de la detección y asistencia a víctimas.

En resumen, si capacitamos a los profesionales sanitarios con nuevas herramientas de detección eficaz, conseguiremos una asistencia de mayor calidad y la prevención de mayores complicaciones.

En el futuro sería necesario continuar con investigaciones sobre la trata de personas, debido a la poca evidencia hallada. Necesitamos nuevos identificadores de trata de personas, herramientas validadas y protocolos efectivos sobre qué intervenciones físicas y psicológicas seguir con las víctimas.

Bibliografía

1. UNODC. Global Report on Trafficking in Persons. 1ª Ed. Viena: United Nations; 2018.
2. Hossain M, Zimmerman C, Abas M, Light M, Watts C. The relationship of trauma to mental disorders among trafficked and sexually exploited girls and women. Am J Public Health 2010, 100(12):2442–2449.
3. Ministerio de Igualdad. Plan Integral de lucha contra la trata de seres humanos con fines de explotación sexual 2009-2012. Madrid: Gobierno de España; 2010.
4. Westwood J, Howard LM, Stanley N, Zimmerman C, Gerada C, Oram S. Access to, and experiences of, healthcare services by trafficked people: findings from a mixed-methods study in England. Br J Gen Pract. 2016 Nov;66(652): e794-e801.
5. Herman JL. Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence--From Domestic Abuse to Political Terror. Hachette UK; 2015. 231p.

Capítulo 170

Microbiota Intestinal y cerebro: Microbiota- Gut- Brain Axis

Hidalgo Vélez, Esther

Moreno Pérez, Helena

Microbiota Intestinal y cerebro: MICROBIOTA- GUT- BRAIN AXIS

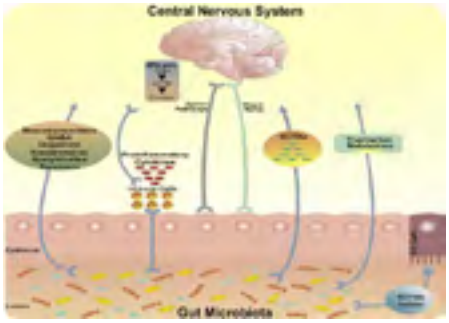
INTRODUCCIÓN

La **microbiota intestinal** humana está adquiriendo un papel muy importante en las investigaciones de hoy en día por sus beneficios en la salud del ser humano.
El intestino humano contiene un gran número de microorganismos.
Lo más importante es la sinergia entre estos microorganismos y la simbiosis con el huésped creando un **ecosistema equilibrado** en el que encontramos, entre otros, a los lactobacillus. El 80% del sistema inmunológico se encuentra en el aparato digestivo.
La microbiota comienza a formarse en el útero materno y el máximo apogeo de su formación es entre los 0 y 3 años de vida, periodo llamado "ventana de oportunidad".

❑ Funciones de la microbiota intestinal: digestión y absorción de nutrientes, homeostasis energética, síntesis de vitaminas, síntesis de metabolitos (AGCC), mediador de respuesta inmune, antiadhesión de patógenos, función de barrera, regulación del tránsito intestinal, regulación neuroendocrina (Gut-brain axis)



MICROBIOTA- GUT- BRAIN AXIS (Eje microbiota-intestino-cerebro)



Eje bidireccional por el que se unen e interaccionan "dos cerebros".
Un aumento del estrés puede aumentar la proliferación de las bacterias e incluso su virulencia.

ECOSISTEMA → MÁS DIVERSIDAD → MÁS ESPECIFICIDAD DEL SISTEMA INMUNE.
DISBIOSIS (Desequilibrio del ecosistema) → INFLAMACIÓN

Inflamación del aparato digestivo → Desintegración de la barrera protectora → Perdida de especificidad → Paso de sustancias que ahora suponen una amenaza al torrente sanguineo atravesando la barrera hematoencefálica y llegando al SNC → Actuan sobre determinados NT o produciendo inflamación en determinadas áreas

Se ha comprobado que la **alimentación** (materna en el embarazo y del niño desde su nacimiento) juega un papel muy importante en la variedad de bacterias de la microbiota intestinal. Se ha comprobado que las tribus que aún viven únicamente de la caza y la recolección son las que poseen mayor variedad de bacterias en su microbiota.
Por ello, es importante que los profesionales de enfermería estemos actualizados, dado el papel tan importante que tenemos sobre la educación para la salud relacionado con la alimentación. En edades tempranas y adultas.

"Hipótesis de la higiene" | "Alimentos esterilizados" | Antibióticos (abuso/mal uso) | Boom enfermedades autoinmunitarias | Disbiosis → riesgo de enfermar

OBJETIVOS

✓Realizar una revisión bibliográfica acerca de la evidencia científica actual sobre el eje micorbiota-intestino-cerebro.
✓Realizar una revisión bibliográfica sobre la relación entre la microbiota intestinal y la salud mental.

MATERIAL Y MÉTODO

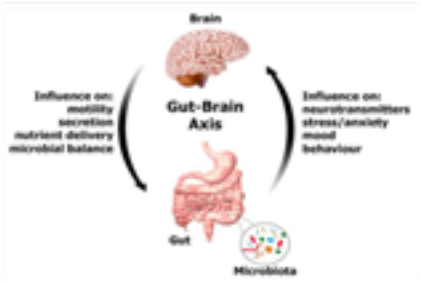
Consiste en una revisión bibliográfica de varias fuentes bibliográficas. Se utilizó la plataforma de **PUBMED, CINHAL, Cuiden y Psicodoc**.
❖ Key words: microbiota-gut-brain axis, mental health, anxiety, mental disorders.

RESULTADOS

RELACION DE MICROBIOTA-GUT-BRAIN AXIS Y SALUD MENTAL

+ VARIEDAD DE BACTERIAS → ECOSISTEMA + VARIADO → + SALUD

Disbiosis → Inflamacion del SNC → Areas de hipervigilancia → Ansiedad
Inflamacion del SNC → Areas relacionadas con el movimiento → Depresión



Recomendaciones más importantes:

- Dieta lo más variada posible.
- Alimentos naturales.
- Evitar grasas saturadas y alimentos azucarados
- Dieta rica en fibra.
- Uso de probióticos.
- Favorecer que las principales comidas se hagan en casa
- Momento de la comida agradable, ambiente tranquilo, postura cómoda.
- Evitar exceso de estímulos durante las comidas.
- Para evitar alteraciones del ritmo (comer rápido, atracones…): Crear horarios fijos de comidas, evitar comer entre horas, no poner más cantidad de la necesaria en el plato.

Atendiendo a los resultados de las 18 revisiones sistemáticas seleccionadas por su validez y actualidad, se puede decir que:
Los resultados de los estudios que han evaluado los beneficios del tratamiento con Lactobacillus casei fermentada bebida durante 3 semanas (Grupo caso) vs Placebo (grupo control) con una muestra de 132 adultos son: **Mejora en puntuaciones síntomas afectivos.**
En el caso del tratamiento con lactobacillus durante 2 meses con una muestra de 39 pacientes con síndrome de fatiga crónica: Las puntuaciones de depresión se mantuvieron igual, pero **las de ansiedad mostraron mejoras significativas**.

CONCLUSIONES

- La importancia de la microbiota intestinal en el proceso de salud-enfermedad ha sido una de las áreas más apasionantes de la investigación biomédica en los últimos años.
- Aún se necesitan más estudios para poder realizar afirmaciones y recomendaciones definitivas.
- Aunque es una línea de investigación bastante reciente, los resultados son bastante alentadores.
- Es necesario hacer una educación sanitaria en alimentación. Por ello es importante estar actualizados en esta área e investigar.

XI Congreso de Investigación en Enfermería. 28 – 30 de Mayo de 2019, Ciudad Real

SATSE

Resumen: *La microbiota intestinal humana está adquiriendo un papel muy importante en las investigaciones de hoy en día. Cuando nos referimos a la microbiota intestinal, nos estamos refiriendo a los microorganismos que habitan en nuestro tubo digestivo. Es sabido por todos, que una situación de estrés influye en nuestro sistema digestivo, pero, ¿cómo influye nuestro sistema digestivo en el estrés? El estrés puede aumentar la proliferación de las bacterias, incluso la virulencia de las mismas. Si la barrera protectora se desintegra, los patógenos pasan al torrente sanguíneo, atravesando la barrera hematoencefálica y llegan al SNC, actuando sobre determinados neurotransmisores.*

Palabras Clave: *Microbiota-Gut-Brain Axis; mental health; mental disorders.*

Introducción

La microbiota intestinal humana es el conjunto de microorganismos presentes en nuestro sistema digestivo. El intestino humano contiene un gran número de microorganismos: 1013 unidades formadoras de colonias por gramo (1013 UFC/gr), entre ellos: hongos, helmintos, protozoos, bacterias y virus. A medida que avanzamos en el tubo digestivo, aumenta la cantidad de bacterias que conforman la microbiota intestinal. Dentro de dicho ecosistema, hay determinados grupos de familias de bacterias que adquieren mayor importancia: Lactobacillus. Lo más importante, es la sinergia entre dichos microorganismos y la simbiosis con el huésped. Es decir, mantener un equilibrio estable. Entre las funciones de la microbiota intestinal se encuentra la de regulación del sistema inmune. El 80% del sistema inmunológico se encuentra en el aparato digestivo. La microbiota intestinal comienza a formarse en el útero materno y el máximo apogeo de su formación es entre los 0 y 3 años de vida, periodo llamado ventana de oportunidad. Pero puede modificarse a lo largo de la vida. El eje intestino- cerebro (MICROBIOTA- GUT- BRAIN AXIS), se trata de un eje bidireccional, por el que se unen e interaccionan “dos cerebros”. Cómo ya ha sido estudiado, un aumento del estrés puede aumentar la proliferación de las bacterias, incluso la virulencia de las mismas. Si este ecosistema pierde el equilibrio, se produce una disbiosis, y por tanto una inflamación de nuestra barrera protectora. Agentes que a priori no son patógenos atraviesan la barrera protectora, y pasan al torrente sanguíneo, al perder esta capacidad protectora y la especificidad de la misma. Estos agentes son reconocidos como patógenos, atraviean la barrera hematoencefálica llegando al SNC, afectan así a determinados neurotransmisores como son la dopamina y la serotonina. Y por otro lado, inflamar determinadas áreas del SNC, produciendo áreas de hipervigilandia (relacionadas con estados de ansiedad) y áreas de movimiento (relacionadas con los estados de depresión). Por tanto, lo más importante es mantener el ecosistema de nuestra microbiota intestinal, es decir, mantener la variedad y el crecimiento normal de los microorganismos.

Como ya se ha evidenciado, la alimentación juega un papel muy importante en la variedad de bacterias de la microbiota intestinal. Se ha comprobado que las tribus que aún viven únicamente de la caza y la recolección son las que poseen mayor variedad de bacterias en su microbiota. En la actualidad existen varios factores que ponen en peligro el equilibrio de este ecosistema: los alimentos esterilizados, abuso o mal uso de antibióticos, la “hipótesis de la higiene” en nuestra alimentación, el boom de las enfermedades autoinmunitarias, las dietas…etc. Por ello es necesaria la educación en alimentación y estar actualizados en estas líneas de investigación como agentes promotores de salud.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Objetivos

- Realizar una revisión bibliográfica acerca de la evidencia científica actual sobre el eje micorbiota-intestino-cerebro.
- Realizar una revisión bibliográfica sobre la relación entre la microbiota intestinal y la salud mental.

Material y métodos

Consiste en una revisión bibliográfica de varias fuentes bibliográficas. Se utilizó la plataforma de PUBMED, CINHAL, Cuiden y Psicodoc.

Resultados

Atendiendo a los resultados de las 18 revisiones sistemáticas seleccionadas por su validez y actualidad, se puede decir que:

- Los resultados de los estudios que han evaluado los beneficios del tratamiento con Lactobacillus casei fermentada bebida durante 3 semanas (Grupo caso) vs Placebo (grupo control) con una muestra de 132 adultos son: Mejora en puntuaciones síntomas afectivos.
- En el caso del tratamiento con lactobacillus durante 2 meses con una muestra de 39 pacientes con síndrome de fatiga crónica: Las puntuaciones de depresión se mantuvieron igual, pero las de ansiedad mostraron mejoras significativas.
- Según Buffington et al. Mediante ensayos clínicos con animales, observó como el tto probiótico puede aliviar los síntomas específicos del comportamiento social en trastornos neurológicos como el Trastorno de Espectro Autista. Relacionando así la dieta materna como responsable de la microbiota intestinal de la descendencia (menor cantidad de bacterias, entre ellas, la que más destaca es la Lactobacillus reuteri) y de los niveles de neuronas oxitocínicas.
- En otros estudios sobre la relación entre los niños con Trastorno Espectro Autista y su microbiota intestal, el análisis metagenómico de las bacterias intestinales reveló una disbiosis compositiva que se manifestó como una disminución en Bacteroidetes, un aumento en la proporción de Firmicutes a Bacteroidetes y un aumento en Betaproteobacteria. Estos resultados indican una relación entre la estructura de la comunidad bacteriana y pueden proporcionar información sobre la fisiopatología de las alteraciones gastrointestinales en niños con autismo.
- Existen estudios sobre como los probióticos, el omega-3 o la vitamina A, pueden tener efectos beneficiosos sobre nuestra microbiota intestinal y por tanto sobre nuestra salud en general, pero es necesario aumentar la evidencia científica para poder hacer recomendaciones definitivas.

Conclusiones

- La importancia de la microbiota intestinal en el proceso de salud-enfermedad ha sido una de las áreas más apasionantes de la investigación biomédica en los últimos años, con resultados alentadores. Pero aún se necesitan más estudios para poder realizar afirmaciones y recomendaciones definitivas.

- Es necesario hacer una educación sanitaria en alimentación. Por ello es importante estar actualizados en esta área e investigar. Por el momento insistir en dietas lo más variadas posible, alimentos naturales y caseros, evitar alimentos procesados, industrializados, dietas ricas en fibra y en probióticos, hacer de la alimentación un momento agradable, y tranquilo. Evitar las prisas y estímulos excesivos.

Bibliografía

1. Andreo P, García Martinez N, Sanchez-Samper EP. The gut microbiota and its relation to mental illnesses through the microbiota-gut-brain-axis. Rev Dis Cli Neuro. 2017; 4(2): 52-58.
2. Cryan JF, Dinan TG. More than a gut feeling: the microbiota regulates neurodevelopment and behavior. Neuropsychopharmacology. 2015; 40(1):241-242.
3. Dash S, Clarke G, Berk M, Jacka FN. The gut microbiome and diet in psychiatry: focus on depression. Curr Opin Psychiatry. 2015;28(1):1-6.
4. Buffington SA et al. Microbial Reconstitution Reverses Maternal Diet-Induced Social and Synaptic Deficits in Offspring. Cell. 2016; 165(7): 1762-1775.
5. Decanos E. Microbioma y la salud mental en el ambiente moderno. Ournal of physiological anthropology. 2017; (36):1.

Capítulo 171

Miopatía nemalínica

Da Siva de Vicente, Gema Natalia

Resumen: *La miopatía nemalínica (MN) es una enfermedad neuromuscular congénita que se caracteriza por un trastorno del desarrollo muscular y que pertenece al grupo de las miopatías (degeneración de los músculos) congénitas. Se presenta un vídeo donde se explica, en la primera parte, qué es la Miopatía Nemalínica, su clínica, diagnóstico y tratamientos de fisioterapia, logopedia, rehabilitación y cuidados enfermeros. En la segunda parte del vídeo, se enseña la evolución de un caso real, Álvaro. Desde pocos meses de edad a sus dos años, ha tenido múltiples tratamientos que le han ayudado a fortalecer la musculatura.*

Palabras Clave: *Miopatía nemalínica; hipotonía muscular; fisioterapia.*

Introducción

MN es una enfermedad rara, siendo su incidencia anual el 1 niño por cada 50.000 de los niños nacidos vivos. Debilita los músculos, causando problemas respiratorios, de movilidad y deglución.

Clínicamente se caracteriza por hipotonía (tono anormalmente disminuido del músculo) generalizada, debilidad muscular, que afecta incluso a la musculatura con inervación lumbar y a los músculos respiratorios y una masa muscular muy adelgazada; dolicocefalia (cabeza alargada en sentido antero posterior), paladar ojival (paladar en forma de bóveda) y en los casos más graves paladar hendido (cierre incompleto de la bóveda del paladar); debido a la debilidad de los músculos mandibulares, sólo pueden cerrar la boca durante unos pocos segundos, por lo que mantienen habitualmente la boca abierta.

Existen dos formas clínicas diferentes, en función de la edad de aparición, infantil y juvenil. En la forma infantil, lactantes presentan una gran debilidad desde el nacimiento y algunos bebés mueren ya en el periodo neonatal. Supervivientes tienen una gran discapacidad y son incapaces de vencer la gravedad. La debilidad facial y la atrofia muscular generalizada son intensas.

En la forma juvenil, por lo general menos severa, los pacientes son capaces de caminar y realizar la mayoría de las actividades de la vida cotidiana. La debilidad muscular no suele ser progresiva, aunque empeora al final de la enfermedad. No suele afectarse la musculatura del corazón.

Se diagnostica con hallazgos clínicos, biopsia muscular y estudio genético.

Existen grados de presentación de la MN, desde más leve, moderado o grave.

A día de hoy, no existe tratamiento para la MN. Gracias al apoyo familiar y al equipo multidisciplinar compuesto por Enfermería, fisioterapia, logopedia y medicina, se puede llevar a cabo un día a día, con los pacientes con MN, en un entorno saludable.

Caso clínico

En el vídeo, se presenta el caso de Álvaro, un niño de 2 años que tiene MN grave. En su caso, desde el nacimiento, los médicos vieron que Álvaro no tenia la suficiente fuerza para respirar por sí sólo. Es por ello, que precisó ingresar en la UCI, para ponerle un tubo endotraqueal y asegurar una adecuada ventilación. Además, necesitó una SNG para la alimentación. Tras meses en la UCI, pudo ir a casa, requiriendo aerosoles, medicación y fisioterapia respiratoria diaria.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Su familia tuvo que aprender a poner aerosoles, a colocarle la CPAP para dormir. En casa tienen que continuar los ejercicios que han aprendido en fisioterapia, han tenido que recetarle un carro postural y una silla corsé para mantener su cuerpo en la posición más correcta y evitar deformidades de la columna vertebral. Para alimentarle sustituyeron la SNG por un Botón Gástrico que le resulta más cómodo y seguro.

Cuenta con el apoyo de sus padres y de su hermana mayor. Ahora Álvaro tiene 2 años, continúa con la atención del Personal de Enfermería: para prevención y promoción de salud, como las vacunas, cuidados del botón gástrico, aerosolterapia; Fisioterapia diaria para aprender a toser, a moverse y aprender a andar; Logopedia por lo que ya va hablando un poco. A continuación, vais a ver sus importantes progresos gracias a todas las terapias diarias.

Bibliografía

1. North K, Wang C, Clarke N, Jungbluth H, Vainzof M, Dowling J et al. Approach to the diagnosis of congenital myopathies. Neuromuscular Disorders. 2014; 24; 97-116.
2. Marseglia L, D'Angelo G, Manti S, Salpietro TA, Cavallari V, Gitto E. Sudden cardiac arrest in a child with nemaline myopathy. Ital J Pediatr. 2015; 41: 20.
3. Alfonso I, Papazian O, Valencia P: Hipotonía neonatal generalizada. Rev Neurol 2003; 37: 228-39.
4. Erazo R: Hipotonia neonatal. Rev Neurol 2000; 31: 252-62.

Capítulo 172

Motivos para la vacunación antigripal en los trabajadores de un centro de la tercera edad

López Fernández-Cañadas Virginia María

Sánchez Escudero, Elia

¿Por qué te vacunas y por qué no?

Motivos para la vacunación antigripal en los trabajadores de un centro de la 3ª edad

INTRODUCCIÓN

El principal método que previene la gripe estacional es la **vacunación antigripal**. Los **trabajadores sanitarios** tienen más probabilidad de contagiarse de esta enfermedad por la exposición en su entorno laboral, además de que actúan como vectores para transmitir la enfermedad. La OMS recomienda a todos los profesionales de la salud su vacunación anual. Así se reduciría su transmisión, se disminuirían las complicaciones por esta enfermedad y el coste sanitario, y se evitaría el absentismo laboral. A pesar de esta recomendación, la vacunación en este colectivo continúa siendo **baja**.

OBJETIVO

Conocer el número de trabajadores que se han vacunado de la vacuna antigripal durante la campaña 2018/19 en una residencia de ancianos, así como los motivos que les han llevado a tomar la decisión.



MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio **descriptivo transversal** a través de una encuesta (en papel y vía anónima) a los trabajadores de una residencia de la tercera edad en la comunidad de Castilla - La Mancha durante los meses enero y febrero de 2019. Consta de 6 apartados: sexo, edad, grupo profesional, vacunación de la vacuna antigripal durante la campaña 2018/19 y los motivos por los que se vacunan o no las personas encuestadas. Las preguntas son cerradas, con una sola respuesta, excepto en el apartado de los motivos de vacunarse o no, que se puede elegir entre 9 y 15 opciones, respectivamente, ya que pueden existir varios motivos. Para analizar los resultados estadísticos se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 20.

Muestreo

- **INCLUSIÓN: Trabajadores que se encuentran activos y dispuestos a cumplimentar la encuesta.**
- **EXCLUSIÓN: Trabajadores que se encuentran en baja laboral o se niegan a cumplimentar la encuesta.**

RESULTADOS

De un total de 110 profesionales, completaron la encuesta el 84%. El 17% son hombres y el 83% son mujeres.



65% Auxiliares de Enfermería



15% Profesionales de Enfermería

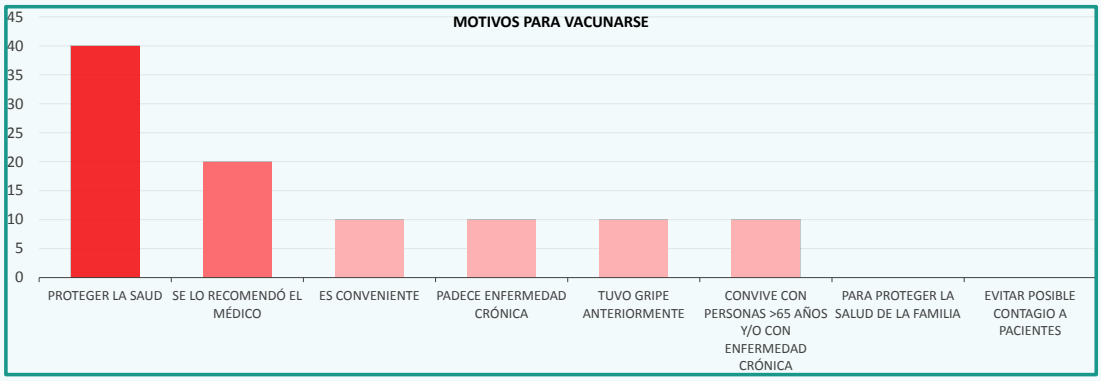


20% Personal No Sanitario

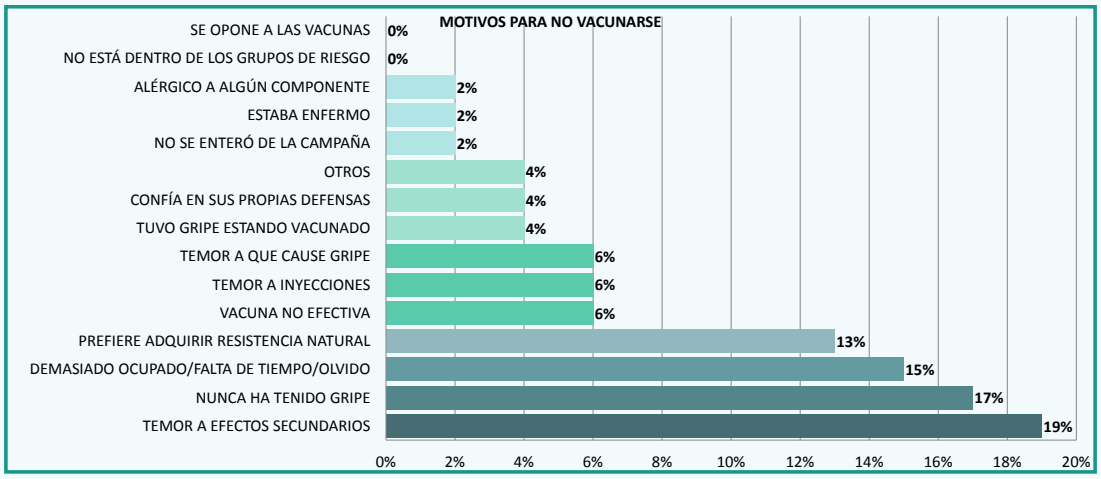


¿Se vacuna?

SÍ 13%



NO 87%



CONCLUSIONES

- Sólo el **13% de los encuestados se han vacunado** durante la campaña de vacunación antigripal 2018/19.
- Los vacunados indican hacerlo: para **proteger la salud** (40%), recomendación médica (20%) y tanto porque es conveniente, padecen enfermedad crónica, tuvieron gripe anteriormente, conviven con personas mayores de 65 años y/o con enfermedad crónica (10%). Ninguno de los encuestados considera el **posible contagio a pacientes**.
- El motivo más notable por el que no se vacunan es **temor a los efectos secundarios** (19%), seguido de nunca haber tenido la gripe (17%) y demasiado ocupado, olvido y/o falta de tiempo (15%).

Resumen: *Introducción: La vacunación antigripal es el principal método para prevenir la gripe estacional y sus complicaciones. Objetivo: Conocer el número de trabajadores vacunados de la vacuna antigripal durante la campaña de vacunación 2018/2019 en una residencia de ancianos, así como los motivos que les han llevado a vacunarse. Material y métodos: Estudio descriptivo y transversal a través de una encuesta. Resultados: El 13 % de los encuestados se vacuna. Los vacunados indican hacerlo para proteger la salud (40 %) y por recomendación médica (20 %).*

Palabras Clave: *Gripe; vacuna; personal sanitario.*

Introducción

Entre el 10 y el 20% de la población mundial, durante periodos de epidemia, se ve afectada por la gripe, incrementándose así los ingresos hospitalarios y la mortalidad.

La vacunación antigripal es el principal método para prevenir la gripe estacional y sus complicaciones. Los trabajadores de los centros sanitarios, además de tener la misma probabilidad que el resto de la población de adquirir la enfermedad, tienen más predisposición al contagio por la exposición en su entorno laboral. No hay que olvidar, por supuesto, que los sanitarios actúan como vectores para la transmisión de la enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda su vacunación anual en el personal sanitario, ya que contribuye a reducir su transmisión y a prevenir las complicaciones por dicha enfermedad. Ello resultaría en una disminución del coste sanitario y se evitaría el absentismo laboral. No obstante, la vacunación en este colectivo continúa siendo baja.

Objetivo

El propósito de este estudio consiste en conocer el número de trabajadores vacunados de la vacuna antigripal durante la campaña de vacunación 2018/2019 en una residencia de ancianos, así como los motivos que les han llevado a vacunarse.

Material y métodos

Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo transversal a través de una encuesta (basada en el estudio realizado por Martínez-Baz) realizada a los trabajadores de una residencia de la tercera edad en la comunidad de Castilla La-Mancha durante los meses de enero y febrero de 2019. El sondeo se elaboró en papel y por vía anónima.

La encuesta consta de 6 apartados: sexo, edad, grupo profesional, vacunación antigripal durante la campaña 2018/2019, motivos para vacunarse y para no vacunarse. Tanto a las personas que han sido vacunadas como a las que no, se les pregunta por los motivos que le han llevado o no a hacerlo.

Todas las preguntas son cerradas y con una sola respuesta, excepto en el apartado de los motivos de vacunación o no vacunación en el que se pueden elegir entre 9 y 15 opciones, respectivamente, ya que pueden existir varios motivos.

El criterio de inclusión de los sujetos entrevistados seguidos en este estudio se basa en encuestar a todos los trabajadores del centro que se encuentran activos y dispuestos a la cumplimentación de la encuesta, quedando excluidos aquellos que se encuentran de baja laboral o que se niegan a la realización de la misma.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Para analizar los resultados estadísticos se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 20, y para realizar los gráficos, Microsoft Word 2016 y Microsoft Excel 2016.

Resultados

De un total de 110 profesionales, 92 completaron la encuesta (84 %). El 17 % son hombres y el 83 % son mujeres. Considerando la categoría profesional, el 15 % son enfermeros, el 65 % son auxiliares de enfermería y el 20 % es personal no sanitario. El 41 % tiene una edad comprendida entre 25-34 años, el 39 % entre 35-44 años, el 15 % entre 45-54 años y el 5 % presenta una edad superior a los 55 años. Durante la campaña de vacunación antigripal 2018/2019, sólo el 13 % afirma haberse vacunado frente al 87 % que no lo ha hecho.

Del porcentaje de los vacunados, el 40 % indica hacerlo para proteger la salud, el 20 % porque se lo recomendó el médico, y el porcentaje restante lo hace porque es conveniente, padece enfermedad crónica, tuvo gripe anteriormente o convive con personas mayores de 65 años y/o con enfermedad crónica, cada una de las anteriores elecciones con un valor del 10 %. Las opciones para proteger la salud de la familia y evitar el posible contagio a pacientes no son consideradas por los encuestados como motivos para vacunarse.

Los profesionales no vacunados durante esta campaña prefieren no hacerlo por temor a los efectos secundarios (19 %), nunca haber tenido la gripe (17 %), demasiado ocupado/falta de tiempo/olvido (15 %), adquirir la resistencia natural a la obtenida por las vacunas (13 %), temor a que cause gripe/a inyecciones/vacuna no efectiva (6 %), otros motivos/confía en sus propias defensas/tuvo gripe estando vacunado (4 %), o por ser alérgico a algún componente de la vacuna/estaba enfermo/no se enteró de la campaña (2 %). Las opciones de oposición a las vacunas y no estar dentro de los grupos de riesgo no son considerados por los encuestados.

Conclusiones

Sólo el 13 % de los encuestados se han vacunado durante la campaña de vacunación antigripal 2018/2019.

Los vacunados indican hacerlo para proteger la salud (40 %), por recomendación médica (20 %) y porque es conveniente, padecen enfermedad crónica, tuvieron gripe anteriormente y conviven con personas mayores de 65 años y/o con enfermedad crónica (10 %). Ninguno de los encuestados considera el posible contagio a pacientes.

El motivo más notable por el que no se vacunan es por temor a los efectos secundarios (19 %), seguido de nunca haber tenido la gripe (17 %) y demasiado ocupado, olvido y/o falta de tiempo (15 %).

Bibliografía

1. Torner N, Godoy P, Soldevila N, Toledo D, Rius C, Domínguez A. Estudio actitudes sobre vacunación antigripal en profesionales sanitarios de atención primaria de Cataluña. Atención Primaria. 2016;48(3):192-199.
2. Galicia-García M, González-Torga A, García-González C, Fuster-Pérez M, Garrigós-Gordo I, López-Fresneña N et al. Vacunación de gripe en trabajadores sanitarios. Por qué se vacunan y por qué no se vacunan. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. 2006;24(7):413-417.
3. Martínez-Baz I, Díaz-González J, Guevara M, Toledo D, Zabala A, Domínguez A, Castilla J. Actitudes, percepciones y factores asociados a la vacunación antigripal en los profesionales de atención primaria de Navarra, 2011-2012. Anual Sistema Sanitario Navarra 2013;36(2): 263-273.
4. Tuells J, García-Román V, Duro-Torrijos J. Cobertura de vacunación antigripal (2011-2014) en profesionales sanitarios de dos departamentos de salud de la Comunidad Valenciana y servicios hospitalarios más vulnerables a la gripe. Revista Española Salud Pública. 2018;92: 5.

Capítulo 173

Niño de 2 años con miopatía nemalínica

Da Silva de Vicente Gema Natalia

Tejado Moral, María

CASO CLINICO: NIÑO DE 2 AÑOS CON MIOPATÍA NEMALÍNICA

INTRODUCCIÓN La Miopatía Nemalínica (MN) es una enfermedad rara siendo un tipo de miopatía congénita caracterizada por debilidad muscular de predominio en la musculatura facial, cervical y de las extremidades con evidencia patológica de cuerpos nemalínicos (bastones) en la biopsia muscular. La debilidad facial puede conllevar dificultades al succionar, tragar y hablar. Los músculos respiratorios están afectados.





OBSERVACION CLÍNICA. Paciente varón de dos años de edad, hijo de padres no consanguíneos, fruto de embarazo gemelar, dizigótico. Pesó al nacer 2700 gr (el hermano 3000 gr). Cesárea, a las 36 sem+6, no precisó reanimación. DESARROLLO PSICOMOTOR: Le notaron ya desde los dos meses de edad ligera debilidad e hipotonía. Consiguió la sedestación autónoma al año, la marcha a los 20 meses. No corre. Se levanta del suelo sin apoyo. Sube escaleras sin alternar los pies, y con apoyo. Le notan fatigabilidad, la energía para movimientos es mayor al despertarse que al cabo de 3 horas. Necesita descansar y dormir para recuperarse. Lenguaje normal, con fonación débil. Nivel cognitivo normal, ya comienza a conocer un color. No presenta disfagia, pero se cansa al comer. ANTECEDENTES PATOLOGICOS: bronconeumonías de repetición. Hipotrofia de masas musculares de tronco y extremidades. Hipotonía muscular generalizada. DIAGNOSTICO: Miopatía Nemalínica leve, siendo congénita por mutación en heterozigosis compuesta del gen nebulina (NEB).

Plan de cuidados de Enfermería

DIAGNOSTICO NANDA	CARACTERISTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS	OBJETIVOS NOC	INTERVENCIONES NIC	ACTIVIDADES
00031 Limpieza ineficaz de las Vías aéreas	. Ausencia o inefectividad de la tos. Cianosis. . Disminución sonidos respiratorios. . Ortopnea. . Dificultad para vocalizar. . Sonidos respiratorios adventicios (Sibilancias, estertores, crepitantes, roncus). . Cambio en la frecuencia y ritmo respiratorio.	Disfunción neuromuscular.	**402**Estado respiratorio: intercambio gaseoso **410**Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias **1918**Control de la aspiración	**3160**Aspiración de las vías aéreas **3140**Manejo de las vías aéreas **3230**Fisioterapia respiratoria **3250**Mejorando la tos **3320**Oxigenoterapia **3350**Monitorización respiratoria	- Informar al paciente y a la familia sobre la aspiración. - Aspirar la nasofaringe con una jeringa de ampolla o tirador o dispositivo de aspiración, si procede. - Enseñar al paciente a respirar lenta y profundamente durante la inserción del catéter de aspiración por ruta nasotraqueal. -Estimular la tos durante y después del drenaje postural
00032 Patrón Respiratorio ineficaz	Disminución de la presión inspiratoria / espiratoria. Uso de los músculos accesorios para respirar. . Aleteo nasal. . Disnea.	Disfunción neuromuscular.	403Estado respiratorio: ventilación 410Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias	3140Manejo de las vías aéreas 3320Oxigenoterapia 3350Monitorización respiratoria 5820Disminución de la ansiedad	- Realizar fisioterapia torácica, si está indicado - Eliminar las secreciones fomentando la tos o la succión. Enseñar a toser de manera efectiva. -Utilizar técnicas divertidas para estimular la respiración profunda en los niños (hacer burbujas, soplar un silbato, armónica, globos; hacer concursos soplando pelotas de pimpón, plumas, etc.) - Administrar broncodilatadores, si procede. -Administrar tratamientos con aerosol, si está indicado
00102 Déficit de autocuidado, alimentación	Incapacidad para: - Deglutir los alimentos Masticar la comida - Mover los alimentos en la boca	Deterioro neuromuscular.	303Cuidados personales: comer 1010Estado de deglución	1100Manejo de la nutrición 1803Ayuda con los autocuidados: alimentación 1860Terapia de deglución	- Proteger con un babero, si procede. -Controlar si hay signos de fatiga al comer, beber y tragar. - Ayudar al paciente a sentarse en posición erecta (máximo posible), para alimentarse y hacer los ejercicios -Enseñar a la familia / cuidador las medidas de emergencia para atragantamientos.
00085 Deterioro de la movilidad fisica	Movimientos descoordinados o espasmódicos. Limitación de la amplitud de movimientos.	Disminución de la fuerza, control o masa muscular	200 Deambulación: caminata 208 Nivel de movilidad 209 Función muscular	200 Fomento de ejercicio 224 Terapia de ejercicios: movilidad articular	Dar un apoyo positivo al realizar los ejercicios de las articulaciones. Colaborar con el fisioterapeuta en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios. Realizar ejercicios pasivos o asistidos. Ejemplos de ejercicios: natación, Equinoterapia, estiramientos pasivos y uso de pelotas para core.
00004 Riesgo de Infección		Enfermedades crónicas.	**1900**Conducta de vacunación **1908**Detección del riesgo **1807**Conocimiento: control de la infección	**6530**Manejo de la inmunización / vacunación **6540**Control de infecciones **6550**Protección contra las infecciones	- Explicar a los padres el programa de vacunación recomendado necesario para los niños, su vía de administración, razones y beneficio de su uso, reacciones adversas y efectos secundarios. -- Enseñar el lavado de manos mejorado al personal de cuidados. -Enseñar al paciente y a la familia, a evitar infecciones.

DISCUSIÓN Como la MN es leve, el plan de cuidados enfermero ha ayudado a que, a través de la fisioterapia respiratoria, ejercicio físico como la natación y ejercicios pasivos, el paciente tenga un desarrollo psicomotor adecuado a su edad. La familia ha sido, junto al equipo multidisciplinar de fisioterapeutas, enfermeras y médicos los pilares fundamentales para la obtención de los objetivos planeados. En casos con MN moderada o grave, donde la musculatura respiratoria está más comprometida, es necesario asegurar la ventilación haciendo una traqueostomía y uso de Ventilador mecánico y/o colocación de SNG o Sonda PEG para la alimentación libre de Broncoaspiraciones. Además, precisan Rehabilitación diaria para el desarrollo psicomotor. En estos casos, es común el uso de sillas de ruedas para sus desplazamientos.

CONCLUSIONES Como enfermedad rara, la MN, es una enfermedad poco frecuente, siendo su incidencia anual 1/50.000 de los niños nacidos vivos. El diagnóstico en la MN se fundamenta en los hallazgos clínicos y biopsia muscular, sin embargo, no existe un Tratamiento aún. Es por ello por lo que es necesario invertir en **Investigación** para hallar tratamientos que puedan mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

Resumen: *La Miopatía Nemalínica (MN) es una enfermedad neuromuscular congénita caracterizada por un trastorno del desarrollo muscular perteneciendo al grupo de las miopatías congénitas. Enfermedad poco frecuente y sin tratamiento hasta la fecha. Se presenta el caso clínico de Leo, un niño diagnosticado de MN a los 2 años. Sus padres traían a Leo a sus revisiones, siendo conscientes de que tenía una "debilidad", le notaban más flojo que sus otros hijos, se cansaba enseguida y comía con dificultad. Tenía infecciones respiratorias frecuentes, necesitando ingresar en el hospital. La familia tenía que aprender a darle cuidados diarios para su bienestar.*

Palabras Clave: *Miopatía nemalínica; hipotonía muscular; músculos.*

Introducción

La Miopatía Nemalínica (MN) es una enfermedad rara siendo un tipo de miopatía congénita caracterizada por debilidad muscular de predominio en la musculatura facial, cervical y de las extremidades con evidencia patológica de cuerpos nemalínicos (bastones) en la biopsia muscular. La debilidad facial puede conllevar dificultades al succionar, tragar y hablar. Los músculos respiratorios están afectados.

Observacion clínica

Paciente varón de dos años de edad, hijo de padres no consanguíneos, fruto de embarazo gemelar, dizigótico. Pesó al nacer 2700 gr (el hermano 3000 gr). Cesárea, a las 36 sem+6, no precisó reanimación.

Desarrollo psicomotor: Le notaron ya desde los dos meses de edad ligera debilidad e hipotonía. Consiguió la sedestación autónoma al año, la marcha a los 20 meses. No corre. Se levanta del suelo sin apoyo. Sube escaleras sin alternar los pies, y con apoyo. Le notan fatigabilidad, la energía para movimientos es mayor al despertarse que al cabo de 3 horas. Necesita descansar y dormir para recuperarse. Lenguaje normal, con fonación débil. Nivel cognitivo normal, ya comienza a conocer un color. No presenta disfagia, pero se cansa al comer. ***Antecedentes patológicos:*** bronconeumonías de repetición. Hipotrofia de masas musculares de tronco y extremidades. Hipotonía muscular generalizada. ***Diagnóstico:*** Miopatía Nemalínica leve, siendo congénita por mutación en heterozigosis compuesta del gen nebulina (NEB).

Discusión

Como la MN es leve, el plan de cuidados enfermero ha ayudado a que, a través de la fisioterapia respiratoria, ejercicio físico como la natación y ejercicios pasivos, el paciente tenga un desarrollo psicomotor adecuado a su edad. La familia ha sido, junto al equipo multidisciplinar de fisioterapeutas, enfermeras y médicos los pilares fundamentales para la obtención de los objetivos planeados. En casos con MN moderada o grave, donde la musculatura respiratoria está más comprometida, es necesario asegurar la ventilación haciendo una traqueostomía y uso de Ventilador mecánico y/o colocación de SNG o Sonda PEG para la alimentación libre de Broncoaspiraciones. Además, precisan Rehabilitación diaria para el desarrollo psicomotor. En estos casos, es común el uso de sillas de ruedas para sus desplazamientos.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Conclusiones

Como enfermedad rara, la MN, es una enfermedad poco frecuente, siendo su incidencia anual 1/50.000 de los niños nacidos vivos. El diagnóstico en la MN se fundamenta en los hallazgos clínicos y biopsia muscular, sin embargo, no existe un Tratamiento aún. Es por ello por lo que es necesario invertir en Investigación para hallar tratamientos que puedan mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

Bibliografía

1. Pelin K, Donner K, Holmberg M et al. Nebulin mutations in autosomal recessive nemaline myopathy: an update. Neuromuscul Disord. 2002; 12: 680-686.
2. Alfonso I, Papazian O, Valencia P: Hipotonía neonatal generalizada. Rev Neurol 2003; 37: 228-39.
3. Wallgren-Pettersson C, Beggs AH, Laing NG. 51st ENMC International Workshop: Nemaline Myopathy. Neuromuscul Disord. 1998; 8: 53-56.

Capítulo 174

Nivel formativo de enfermeros de atención primaria y docentes sobre autismo infantil

Camacho Rodríguez, Irene

Rodríguez Lillo, María del Carmen

NIVEL FORMATIVO DE ENFERMEROS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y DOCENTES SOBRE AUTISMO INFANTIL

INTRODUCCIÓN

El autismo afecta al neurodesarrollo y produce dificultades en la comunicación e interacción social, incluso déficit motor. Mayor trastorno mental de la infancia, con varios factores predisponentes pero sin una etiología clara (efectos adversos de la vacuna triple vírica o de la administración de oxitocina, entre otros).

OBJETIVOS

- Comparar nivel de conocimiento entre enfermeros de AP y docentes.
- Reivindicar enfermera escolar.
- Valorar grado de capacitación ambos grupos.
- Conocer recursos disponibles de centros de salud y colegios.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo transversal mediante entrevista Ad-hoc. Participan 4 centros de salud y 31 enfermeros; 4 colegios y 29 docentes de la localidad de Puertollano (C. Real)

RESULTADOS

COMUNES A AMBOS GRUPOS

- **Síntomas:** aislamiento, comunicación deficitaria y falta habilidades sociales
- **Factores de mala evolución:** negación de los padres.
- **Conocimiento de escalas de valoración.**

DIFERENCIAS

- **Docentes se informan más** por propia iniciativa.
- **Disponibilidad de recursos:** mucho mayor en colegios.
- **Más enfermeros** que docentes **no se sienten capacitados** para tratar con niños autistas.



Fig. 6





CONCLUSIONES

Formación reglada más necesaria en enfermeros, mayor capacitación en docentes. Se demanda información por parte de ambos grupos.

Necesidad percibida de la enfermera escolar por ambos, referida al autismo y a otras enfermedades físico-psíquicas

Resumen: *El autismo es un trastorno psicosocial cuya prevalencia ha aumentado durante las últimas décadas. La docencia es un aspecto fundamental en el autismo infantil, ya que los docentes son los primeros profesionales en estar en contacto con el niño. Además, Enfermería complementa la detección y atención al niño autista, desde Atención Primaria y mediante revisiones periódicas incluidas en el programa de Salud Infantil.*

Este estudio tiene como objetivo comparar el nivel de conocimientos entre enfermeros de atención primaria y docentes de educación infantil y primaria, conociendo el grado de formación y capacitación de ambos grupos.

Palabras Clave: *Autismo; docencia; formación.*

Introducción

El autismo es un trastorno que afecta al neurodesarrollo y dificultades en la comunicación e interacción social, así como trastornos del pensamiento y conductas patológicas. Se trata de un concepto relativamente reciente.

El doctor Bleuler, en 1911 utilizó por primera vez el término como "pérdida de contacto con la realidad y dificultad para comunicarse con su entorno". Más tarde, en 1943, Leo Kanner incorporó el término autismo al contexto actual, mientras que el trastorno experimentaba un gran auge e incluso se llegó a vincular con la esquizofrenia.

Es considerado el mayor trastorno mental de la infancia, sin una etiología clara pero con varios factores predisponentes: vacuna triple vírica, administración de oxitocina intraparto o trastornos genéticos.

Objetivos

El ***objetivo principal*** del estudio es conocer y comparar el nivel de conocimientos entre docentes y profesionales de enfermería de Atención Primaria. Además, los ***objetivos secundarios*** son:

- Comparar si ambos grupos de profesionales disponen de suficientes con los que tratar a personas autistas.
- Conocer su grado de capacitación para atender a niños con autismo.
- Reivindicar el papel de la enfermería escolar.

Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo transversal cuyos datos se han obtenido mediante encuesta ad-hoc autoadministrada, una para cada grupo participante.

La muestra del estudio se compone de 2 grupos:

- 35 enfermeros de Atención Primaria, ejerciendo su profesión actualmente en 4 Centros de Salud de una localidad determinada, con una participación del 88%.
- 29 docentes actualmente ejerciendo su labor en 4 colegios de Educación Infantil y Primaria en la misma localidad, uno de los cuales cuenta con un Departamento de Trastornos del Espectro Autista. En el caso de los docentes, la participación es bastante menor, un 37%.

No se ha utilizado ningún criterio de exclusión, salvo la invalidez o ausencia de respuesta.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Resultados

La primera diferencia apreciable es relativa a la adquisición de información sobre el autismo. Los docentes dicen informarse más, en general debido a interés individual y en ningún la información es reglada o académica.

Respecto a la información adquirida por ambos grupos, sólo el 39 % la ha recibido; mientras que en el caso de los docentes el porcentaje aumenta hasta el 93 %.

En cuanto al número de pacientes y alumnos autistas a los que ambos grupos tratan es el mismo, 7 del total de cada muestra.

Acerca de los recursos tanto materiales como personales de los que disponen los Centros de Salud y educativos, la diferencia es considerable. Sólo 3 enfermeros han referido que disponen de recursos para la atención a niños autistas, mientras que la disponibilidad de dichos recursos aumenta hasta los 23 docentes encuestados que han referido contar con ellos en sus centros educativos.

La gran mayoría de los centros educativos cuentan con recursos dirigidos a la estimulación y desarrollo psicosocial de los alumnos con autismo. Sin embargo, en los Centros de Salud las cifras se invierten, puesto que no disponen de dichos recursos, según las enfermeras que han participado. Este aspecto es uno de los que más diferencia genera en la distribución.

En relación a los síntomas descritos por ambos grupos, los más comunes han sido: aislamiento, déficit en la comunicación y en las habilidades sociales. Le siguen dificultad en el lenguaje y aprendizaje, alteraciones en el comportamiento, desconexión emocional, ausencia de contacto ocular o establecimiento de rutinas en su vida diaria.

Otro propósito del estudio es conocer el grado de implicación de ambos profesionales. Se ha concluido que la percepción subjetiva que tienen sobre sí mismo en cuanto a su capacidad para tratar a autistas es negativa, aunque ligeramente mayor en docentes (8 de 29 frente a 7 de 31). Además, en ambos casos demandan más formación para aumentar esa capacitación.

Por último, se pretende conocer si ambos grupos creen necesaria la figura de la enfermera escolar. Los datos muestran que los dos grupos han respondido afirmativamente (83 % en el caso de enfermería y un 65% en el caso de la docencia).

Conclusiones

Del análisis de los datos obtenidos, se extrae la necesidad del establecimiento de medidas de capacitación y formativas de forma institucionalizada, que permitan la detección precoz y la atención temprana y adecuada de estos niños. El número de respuestas a preguntas abiertas ha sido superior en los docentes, siendo más claras y concisas.

Respecto a la enfermería escolar, ambos grupos piensan que es necesaria para la detección precoz del trastorno y el desarrollo evolutivo del niño, aunque también con el objetivo de detectar y tratar enfermedades fisiológicas comunes en la infancia.

Bibliografía

1. Paula-Pérez I, Artigas-Pallarés J. Vulnerabilidad a la autolesión en el autismo. Rev Neurol 2016.
2. Martos-Pérez J, Freire-Prudencio S, González-Navarro A, Llorente-Comí M, Ayuda-Pascual R. Evolución y seguimiento de los trastornos del espectro autista. Rev Neurol 2013.
3. Canal-Bedia R, Magán-Maganto M, Bejarano-Martín A, De Pablos-De la Morena A, Bueno-Carrera G, Manso-De Dios S, et al. Detección precoz y estabilidad en el diagnóstico en los trastornos del espectro autista. Revista Neurología 2016.

Capítulo 175

Nociones de enfermería ante una transfusión sanguínea

Molina Romero, Pedro
Cortina Nieto, Amelia
Honrado López-Menchero, Aurora
López Rivas, Sergio
Villaseñor Martin-Portugués, Cristina
Donate Manzanares, Cristina

NOCIONES DE ENFERMERÍA ANTE UNA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

INTRODUCCIÓN.

Hoy en día, la transfusión sanguínea es una actuación habitual que se hace en todo el mundo y cuya cantidad se aproxima a unos 90 millones anuales realizadas. La transfusión de sangre es el proceso por el que se trasplanta un tejido, siendo en este caso un trasplante de sangre. Este proceso está sujeto a una legislación rigurosa que garantice la seguridad y la calidad de la transfusión. Tanto la promoción de la donación, como la transfusión de sangre, es una parte fundamental en el actual Sistema de Atención Sanitaria.

Las transfusiones sanguíneas se realizan para tratar alteraciones en la producción de glóbulos rojos, así como su destrucción y su pérdida masiva (sangrado activo). La sangre transfundida, influye directamente tanto en el volumen circulatorio, en el transporte de O2 y en el caudal sanguíneo. La transfusión de sangre es una práctica frecuente en el ámbito hospitalario en la que el papel de Enfermería es fundamental, siendo necesarios conocimientos específicos para evitar riesgos y complicaciones.

En los procesos transfusionales, el profesional de enfermería tiene una participación activa en sus diferentes etapas, por lo que el conocimiento actualizado en dicho proceso es vital para garantizar la seguridad transfusional al paciente.

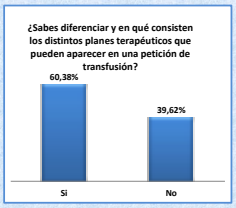
El objetivo de este trabajo es identificar los conocimientos que el colectivo de Enfermería, que realiza su función asistencial en las unidades de Hospitalización y Hospitales de Día, tienen sobre el manejo de hemoderivados. De esta manera se podrán identificar posibles deficiencias y centrar la formación de estos profesionales en corregir dichas deficiencias en una práctica segura.

MUESTRA Y MÉTODO (METODOLOGÍA).

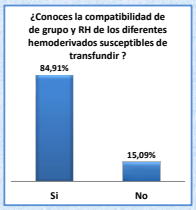
El método llevado a cabo para la realización de nuestra investigación ha sido a través de un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal de una población constituida por el Personal de Enfermería que realiza su actividad profesional en las diferentes Unidades de Hospitalización y Hospitales de Día y, que donde dicho personal, realiza transfusiones de hemoderivados. Se confeccionó un cuestionario con 10 ítems y dos opciones de respuesta para cada pregunta (SI/NO), cuestionarios rellenados por el Personal de Enfermería de las diferentes Unidades de manera voluntaria. El cuestionario recoge cuestiones sobre conocimientos transfusionales siguiendo una secuencia "pre", "durante" y "post" transfusión, así como en el caso de aparición de complicaciones. Los datos obtenidos en la encuesta fueron procesados por el programa estadístico SPSS 15.0

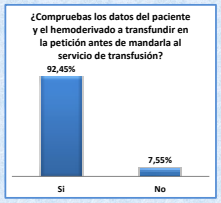
RESULTADOS.

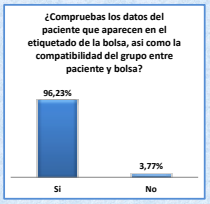
Los resultados obtenidos del total de los 106 cuestionarios recogidos nos han permitido recabar la siguiente información

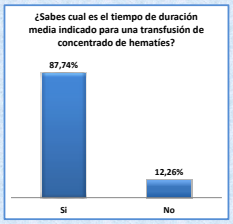


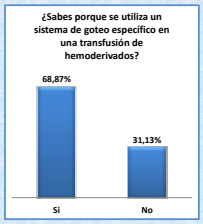


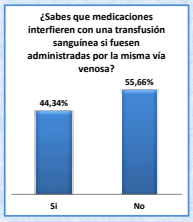


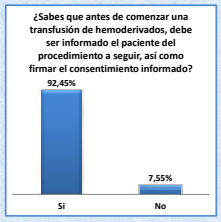


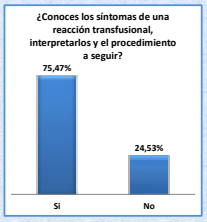












CONCLUSIONES.

Al tratarse de un estudio descriptivo transversal con un muestreo no probabilístico, no se puede medir temporalidad ni se pueden extrapolar los resultados a otras poblaciones. Se puede concluir afirmando que, en general, la muestra estudiada presenta un buen manejo en la transfusión de hemoderivados, aunque existen algunas deficiencias en determinadas prácticas, ya sea por desconocimiento o por falta de tiempo. Estas deficiencias serían en aspectos como: -El conocimiento de la sangre como tejido. -La interpretación de los diferentes planes terapeuticos de una petición. -La duración estándar de un concentrado de hematíes. -La utilización de un sistema de perfusión específico para hemoderivados. -La interferencia de ciertas medicaciones perfundidas por la misma vía que la sangre y, MUY IMPORTANTE sería hacer incapié en la información que debe "por derecho" recibir el paciente antes de ser transfundido (consentimiento informado), y la detección e interpretación de una reacción transfusional que podría poner en riesgo la vida del paciente.

Sería conveniente y muy importante formar al profesional de Enfermería en el manejo de hemoderivados, dirigiendo específicamente dicha formación a los servicios donde son susceptibles de realizarse transfusiones de hemoderivados, ya que es una práctica habitual en el ámbito clínico.

Resumen: *El trabajo de investigación presentado "Nociones de Enfermería ante una transfusión sanguínea" consiste en una comunicación escrita, formato poster, en la que se describe un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal de una población constituida por el personal de enfermería de distintas unidades del Hospital General Universitario de Ciudad Real, donde dicho personal realiza transfusiones de componentes sanguíneos como práctica habitual, y que tiene como finalidad identificar los conocimientos de esa población sobre la transfusión sanguínea. Esto nos permite identificar posibles deficiencias, y centrar la formación específica de estos profesionales en corregir ciertas prácticas para mejorar la seguridad transfusional al paciente.*

Palabras Clave: *Reacción transfusional; transfusión; consentimiento informado.*

Introducción

Hoy en día, la transfusión sanguínea es una actuación habitual que se hace en todo el mundo y cuya cantidad se aproxima a unos 90 millones anuales realizadas. La transfusión de sangre es el proceso por el que se trasplanta un tejido, siendo en este caso un trasplante de sangre. Este proceso está sujeto a una legislación rigurosa que garantice la seguridad y la calidad de la transfusión. Tanto la promoción de la donación, como la transfusión de sangre, es una parte fundamental en el actual Sistema de Atención Sanitaria.

Las transfusiones sanguíneas se realizan para tratar alteraciones en la producción de glóbulos rojos, así como su destrucción y su pérdida masiva (sangrado activo). La sangre transfundida, influye directamente tanto en el volumen circulatorio, en el transporte de O2 y en el caudal sanguíneo.

La transfusión de sangre es una práctica frecuente en el ámbito hospitalario en la que el papel de Enfermería es fundamental, siendo necesarios conocimientos específicos para evitar riesgos y complicaciones.

En los procesos transfusionales, el profesional de enfermería tiene una participación activa en sus diferentes etapas, por lo que el conocimiento actualizado en dicho proceso es vital para garantizar la seguridad transfusional al paciente.

Objetivo

El objetivo de este trabajo es identificar los conocimientos que el colectivo de Enfermería, que realiza su función asistencial en las unidades de Hospitalización y Hospitales de Día, tienen sobre el manejo de hemoderivados. De esta manera se podrán identificar posibles deficiencias y centrar la formación de estos profesionales en corregir dichas deficiencias en una práctica segura.

Muestra y método

El método llevado a cabo para la realización de nuestra investigación ha sido a través de un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal de una población constituida por el Personal de Enfermería que realiza su actividad profesional en las diferentes unidades de Hospitalización y Hospitales de Día y, que donde dicho personal, realiza transfusiones de hemoderivados. Se confeccionó un cuestionario con 10 items y dos opciones de respuesta para cada pregunta (SI/NO), cuestionarios rellena-

ISBN: 978-84-949197-6-3

dos por el Personal de Enfermería de las diferentes unidades de manera voluntaria. El cuestionario recoge cuestiones sobre conocimientos transfusionales siguiendo una secuencia “pre”, “durante” y “post” transfusión, así como en el caso de aparición de complicaciones. Los datos obtenidos en la encuesta fueron procesados por el programa estadístico SPSS 15.0

Resultados

Los resultados obtenidos del total de los 106 cuestionarios recogidos nos han permitido recabar la siguiente información:

- ¿Sabes diferenciar y en qué consisten los distintos planes terapéuticos que pueden aparecer en una petición de transfusión? Si (60,38 %), No (39,62 %).
- ¿Consideras que la transfusión sanguínea es un trasplante de tejido? Si (45,28 %), No (54,72 %).
- ¿Conoces la compatibilidad de grupo y Rh de los diferentes hemoderivados susceptibles ser transfundidos? Si (84,91 %), No (15,09 %).
- ¿Compruebas los datos del paciente y el hemoderivado a transfundir en la petición antes de mandarla al servicio de transfusión? Si (92,45 %), No (7,55 %).
- ¿Compruebas los datos del paciente que aparecen en el etiquetado de la bolsa, así como la compatibilidad de grupo entre paciente y bolsa? Si (96,23 %), No (3,77 %).
- ¿Sabes cuál es el tiempo de duración media indicado para una transfusión de concentrado de hematíes? Si (87,74 %), No (12,26 %).
- ¿Sabes porque se utiliza un sistema de goteo específico en una transfusión de hemoderivados? Si (68,87 %), No (31,13 %).
- ¿Sabes que medicaciones interfieren con una transfusión sanguínea si fuesen administradas por la misma vía venosa? Si (44,34 %), No (55,66 %).
- ¿Sabes que antes de comenzar una transfusión de hemoderivados, debe ser informado el paciente del procedimiento a seguir, así como firmar el consentimiento informado? Si (92,45 %), No (7,55 %).
- ¿Conoces los síntomas de una reacción transfusional, interpretarlos y el procedimiento a seguir? Si (75,47 %), No (24,53 %).

Conclusiones

Al tratarse de un estudio descriptivo transversal con un muestreo no probabilístico, no se puede medir temporalidad ni se pueden extrapolar los resultados a otras poblaciones. Se puede concluir afirmando que, en general, la muestra estudiada presenta un buen manejo en la transfusión de hemoderivados, aunque existen algunas deficiencias en determinadas prácticas, ya sea por desconocimiento o por falta de tiempo. Estas deficiencias serían en aspectos como: El conocimiento de la sangre como tejido, la interpretación de los diferentes planes terapéuticos de una petición, la duración estándar de un concentrado de hematíes, la utilización de un sistema de perfusión específico para hemoderivados, la interferencia de ciertas medicaciones perfundidas por la misma vía que la sangre y, muy importante sería hacer hincapié en la información que debe “por derecho” recibir el paciente antes de ser transfundido(consentimiento informado), y

la detección e interpretación de una reacción transfusional que podría poner en riesgo la vida del paciente.

Sería conveniente y muy importante formar al profesional de enfermería en el manejo de hemoderivados, dirigiendo específicamente dicha formación a los servicios donde son susceptibles de realizarse transfusiones de hemoderivados, ya que es una práctica habitual en el ámbito clínico.

Bibliografía

1. Nociones de enfermería ante una transfusión sanguínea. ORTIZ, Pilar, et al. Guía sobre la transfusión de componentes sanguíneos. Medicina Clínica, 2005, vol. 125, no 10, p. 389-396.
2. Páramo, J., et al. Fundamentos básicos para el empleo de hemoderivados y estrategias de ahorro de sangre en cirugía.Rev Med Univ Navarra, 2008, vol. 52, no 3, p. 9-14.
3. Souied, F.; Morin, F. Reglas de compatibilidad y accidentes inmunológicos de la transfusión sanguínea. EMC-Anestesia-Reanimación, 2011, vol. 37, no 1, p. 1-14.
4. Lozano, Beatriz López. Análisis del conocimiento enfermero ante una transfusión sanguínea: revisión bibliográfica. Recién: Revista Electrónica Científica de Enfermería, 2015, no 10, p. 38-54.

Capítulo 176

Observación enfermera en el diagnóstico de intoxicacion de CO. A propósito de un caso clínico

González Lara, Gema
Escobar Sorando, Ana
Mora Mora, María Yolanda
Torres Rodríguez, Manuela
Pérez Gijón, Alberto José
León Moraleda, María Isabel

Resumen: *En el paciente intoxicado por CO la observación enfermera pueden ayudar a confirmar el diagnóstico , esta observación se realiza teniendo en cuenta los datos subjetivos del paciente y familiares asi como los datos objetivos.*

Conocer los síntomas propios de las intoxicaciones por gases para poder realizar las intervenciones de enfermería adecuadas como son la monitorización de saturación de oxígeno, gasometría arterial para detectar niveles de carboxihemoglobina y administración de oxígeno a alta concentraciones ayudaría a un diagnóstico y tratamiento temprano evitando secuelas neurológicas.

Palabras Clave: *Atencion de enfermería; intoxicacion por monóxido de carbono; intervención precoz.*

Introducción

El CO es un gas incoloro, inoloro y no irritante, por lo que su intoxicación suele pasar inadvertida hasta que se manifiestan signos graves de intoxicación como pueden ser vasodilatación, somnolencia, nauseas y en exposiciones altas taquicardia, coma, convulsiones, paro cardíaco.

El CO se une a la Mioglobina, éste tiene una mayor afinidad por el oxígeno que la hemoglobina por lo que se une a éste formando carboxihemoglobina, a nivel del sistema nervioso central actúa sobre la xantina deshidrogenasa, en la producción de radicales libres, en la lipoperoxidación, produciendo una desmielinización.

La observación de enfermería implica evaluar el estado del paciente teniendo en cuenta datos subjetivos, en los cuales se retrata una vision personal de los hechos, tambien se tiene en cuenta los datos objetivos.

Observación clínica

Paciente de 87 años con antecedentes de HTA, EPOC e IAM, IAVD. Acude por alteración del nivel de consciencia, deshidratación, e hipotermia tras estar al menos 12 horas en el suelo del baño sin poder moverse y sin que nadie pudiera ayudarle ya que vive solo, la familia lo encuentra en un estado de amnesia y obnubilación y tras comunicarse con el servicio de emergencias se traslada en UVI móvil.

Saturación basal 94%.

Mediante gasometría arterial se detecta un elevado nivel de carboxihemoglobina (11.7),

Objetivos

General: Cubrir las necesidades del paciente mediante intervenciones propias de intoxicaciones por gases.

Específicos:

- Identificar mediante la observación enfermera y datos clínicos la posible intoxicación por monóxido de carbono.

ISBN: 978-84-949197-6-3

- Conocer los síntomas de las intoxicaciones por monóxido de carbono y el tratamiento precoz.

Plan de cuidados enfermero

Diagnósticos de enfermería segun la NANDA:

> (00032) Patrón respiratorio ineficaz r/c hipoxemia e hipoxia manifestado por letárgia.

>(0006) Hipotermia r/c exposición al frío manifestado por Tª< 36º.

> (00028) Riesgo de déficit de volumen r/c pérdidas excesivas manifestado por deshidratación.

> (0047) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c alteracion de la sensibilidad e inmovilizacion fisica manifestado por eritema.

> (00173) Riesgo de confusión aguda r/c deterioro de la cognición manifestado por alteración de la memoria y orientación.

Objetivos (NOC)

>410 Estado respiratorio: Permeabilidad de vías respiratorias.

>802 Estado de los signos vitales.

> 1402 Control de la ansiedad .

> 800 Termorregulación.

> 1005 Estado nutricional: Bioquímica.

>800 Mantiene equilibrio electrolítico.

> 802 Mantiene estables signos vitales.

> 204 Consecuencias de la inmovilidad.

>1902 Control del riesgo.

>1908 Deteccion del riesgo.

>900 Capacidad cognitiva.

>912 Estado neurológico.

Actividades/Intervenciones de Enfermería segun la NIC:

>3160 Administrar oxigeno.

>3350 Monitorización respiratoria.

>4158 Valorar la sat de O_2.

>4232 Obtención de muestra sangre arterial.

>3900 Regulación de la temperatura.

>4120 Manejo de líquidos.

>6680 Monitorización de signos vitales.

>2020 Monitorización de electrolitos.

>3540 Prevención de úlceras por presión.

>3584 Cuidado de la piel.

>2620Monitorización neurológica: valorar nivel consciencia.

Discusion /conclusiones

La intoxicación con CO es una causa prevenible de morbi-mortalidad .

Se realizó un diagnóstico precoz valorando la situación clínica del paciente, una anamnesis detallada a la familia y gasometría arterial temprana, lo cual favoreció un diagnóstico correcto al detectar niveles elevados de carboxiHb, pudiendo actuar rápidamente y obteniendo unos resultados favorables, evitando secuelas y complicaciones en el paciente.

Bibliografía

1. Sánchez Bustelo, A; Álvarez Castro,C; Álvarez Castro, S. Intoxicación por monóxido de carbono. Puesta al día en Urgencias, Emergencias y Catástrofes. 2005; 6(2):91-98. http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/julio2010/pagina8.html.
2. Fonfría D, Negrillo M, Padilla S, Colomina G (2011). Tratamiento de urgencias en un intoxicado por monóxido de carbono en el medio laboral (a propósito de un caso). Revista Científica de la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias. Vol 21 pp 8.
3. Oliu G, Nogué S, Miró O (2010). Intoxicación por monóxido de carbono: claves fisiopatológicas para un buen tratamiento. Emergencias vol 22 pp 451-459.

Capítulo 177

Optimización de recursos sanitarios de los puntos de atención continuada

Rodrigo García, Rosa María

Fernández-Infantes Rodríguez, Sara

Hernández de Castro, María Cristina

Funez Ruiz, Eva María

Merlo Ormeño, Alicia

Puñal Ortega, Eva

OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS DE LOS PUNTOS DE ATENCIÓN CONTINUADA

Introducción

La saturación de los servicios de urgencia hospitalarios y el incremento de los tiempos de espera nos lleva a una planificación que intente descongestionar esa masificación, mejorando la calidad y optimización de los recursos disponibles.

Material y método

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal, retrospectivo y observacional en 135 avisos recibidos por parte del 112 durante el año 2018, por el PAC de Miguelturra.

Las variables a tener en cuenta fueron: edad, sexo, motivo de consulta, derivación hospitalaria y necesidad de UVI Móvil.

Los datos recogidos fueron analizados estadísticamente con el programa SPSS 18.0, valorando las asociaciones con un grado de significación de $p<0.05$.

• Objetivo general

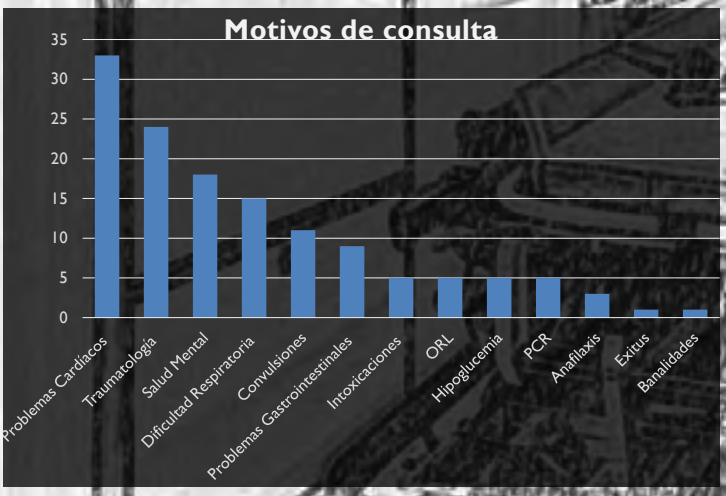
- Determinar el uso de los puntos de atención continuada (PAC) a nivel extrahospitalario.

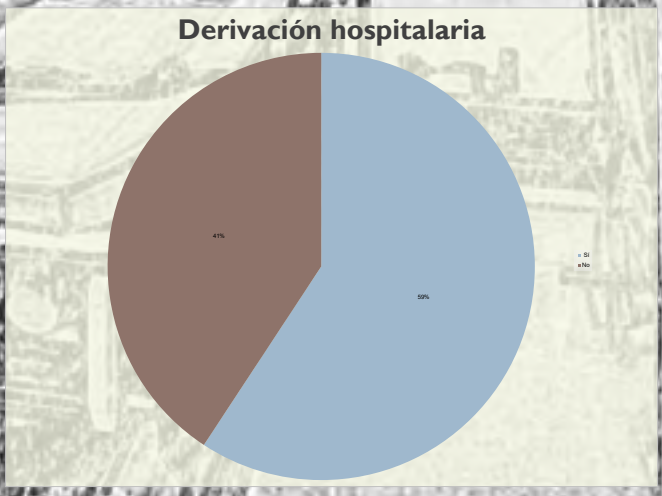
• Objetivos específicos

- Evaluar los motivos más frecuentes en asistencia extrahospitalaria.
- Estudiar que tipo de ayuda asistencial es demandada en domicilio o en vía pública.
- Determinar el cribado de derivación hospitalaria y tipo de transporte sanitario.

Resultados

- 55, 5 % hombres /44,5 % mujeres.
- Media de edad se situó +/- 51 años.
- Las derivaciones hospitalarias fueron del 59 %.
- Necesidad de derivar en UVI Móvil: 30,4%.





Conclusiones:

- ✓ Principales patologías asistidas: 1° problemas cardíacos, 2° traumatológicos y 3° salud mental.
- ✓ El 41 % del las asistencias fueron resueltas en domicilio sin necesidad de derivación hospitalaria ni trasporte sanitario.
- ✓ Participamos como nexo de unión entre el hospital y el 112 disminuyendo considerablemente el uso inapropiado de los recursos.

Resumen: *La saturación de los servicios de urgencia hospitalarios y el incremento de los tiempos de espera nos lleva a una planificación que intente descongestionar esa masificación, mejorando la calidad y optimización de los recursos disponibles. Por eso hemos realizado este estudio en un centro de salud concreto y los resultados han sido muy satisfactorios, viendo que la atención primaria continuada quita mucho carga asistencial al servicio hospitalario.*

Palabras Clave: *Optimización; urgencias; primaria.*

Introducción

La saturación de los servicios de urgencia hospitalarios y el incremento de los tiempos de espera nos lleva a una planificación que intente descongestionar esa masificación, mejorando la calidad y optimización de los recursos disponibles.

Material y método

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal, retrospectivo y observacional en 135 avisos recibidos por parte del 112 durante el año 2018, por el PAC de Miguelturra.

Las variables a tener en cuenta fueron: edad, sexo, motivo de consulta, derivación hospitalaria y necesidad de UVI Móvil.

Los datos recogidos fueron analizados estadísticamente con el programa SPSS 18.0, valorando las asociaciones con un grado de significación de $p < 0.05$.

Objetivos

Objetivo general: Determinar el uso de los puntos de atención continuada (PAC) a nivel extrahospitalario.

Objetivos específicos

- Evaluar los motivos más frecuentes en asistencia extrahospitalaria.
- Estudiar qué tipo de ayuda asistencial es demandada en domicilio o en vía pública.
- Determinar el cribado de derivación hospitalaria y tipo de transporte sanitario.

Resultados

- 55, 5 % hombres /44,5 % mujeres.
- Media de edad se situó +/- 51 años.
- Las derivaciones hospitalarias fueron del 59 %.
- Necesidad de derivar en UVI Móvil: 30,4%.

Conclusiones

- Principales patologías asistidas: 1º problemas cardíacos, 2º traumatológicos y 3º salud mental.

ISBN: 978-84-949197-6-3

- El 41 % del las asistencias fueron resueltas en domicilio sin necesidad de derivación hospitalaria ni trasporte sanitario.
- Participamos como nexo de unión entre el hospital y el 112 disminuyendo considerablemente el uso inapropiado de los recursos.

Bibliografía

1. Peiró S., Librero J., Ridao M., Variabilidad en la utilización de los servicios de urgencias hositalarias del Sistema Nacional de Salud. Gac Sanit, 24 (2010), pp 6-12.
2. Montero T.J. La organizacion de la cadena asistencial urgente en España o de búsqueda de los eslabones perdidos. Emergencias, 20 (2008). pp 5-7.
3. García P. Minguez J. Gestión integral del área de urgencias y coordinación con atención primaria. Emergencias, 20 (2008) 99 8-14.
4. Cantero J.L. FOnseca F.J. La asistencia urgente en atención primaria: una aproximacion historica (y II). SEMG, 105 (2008) pp 170-175.

Capítulo 178

Otra visión de la atención domiciliaria

Camacho Horta, María Dolores

Pineda Cantero, María José

Resumen: *La utilización del domicilio como lugar de atención tiene el objetivo de proporcionar una asistencia sanitaria cuya intervención sirve de apoyo a la mejora de la calidad de vida.*

Evita el incremento de la dependencia, el ingreso hospitalario y la institucionalización sociosanitaria y frena la pérdida en la calidad de vida tanto de los pacientes como de sus familiares.

Se estima que el paciente crónico complejo y/o frágil supera un 5 % de la población y consumen el 65% de la totalidad de los recursos sanitarios.

La atención domiciliaria se ha convertido en la responsabilidad de las enfermeras comunitarias.

Palabras Clave: *Visita domiciliaria; enfermería en salud comunitaria; pacientes.*

Introducción y objetivo

La utilización del domicilio como lugar de atención tiene el objetivo de proporcionar una asistencia sanitaria cuya intervención sirve de apoyo a la mejora de la calidad de vida.

Lo que pretendemos con este vídeo es visibilizar la atención domiciliaria. Destacar que es personalizada y aplicada en especial a pacientes inmovilizados, terminales o con tratamientos que requieran especial atención.

Además nos permite detectar, valorar, apoyar y controlar los problemas de salud del individuo y su familia, potenciando la autonomía y mejorando su calidad de vida.

Metodología

Los protagonistas son los pacientes del programa de inmovilizados del cupo de una enfermera del Centro de Salud (C.S.) Pio XII de Ciudad Real capital. Todos ellos aceptaron participar en el vídeo tras la lectura del debido consentimiento informado que fue firmado por ellos y sus cuidadores principales, ya que estos también serían grabados en casos concretos.

La recogida de datos se realizó durante los meses de Agosto, Septiembre, Octubre, Noviembre y Diciembre, en horario de mañana (de 8:00h a 15:00h) aprovechando las visitas domiciliarias programadas.

Resultados

La atención domiciliaria enfermera representa el 7.9% de la actividad de atención primaria.

Las personas mayores con problemas de dependencia, con enfermedades crónicas y comorbilidades necesitan cuidados profesionales que promuevan el autocuidado y la autogestión de la enfermedad.

El modo en el que se organiza la visita domiciliaria está recogido en los programas y protocolos de cada Área de salud.

En un estudio realizado por Fuentediaz sobre la visita domiciliaria programada en Atención Primaria se evidencia la dificultad para valorar las actividades realizadas debido a la heterogeneidad de las actividades y modos de registro de las mismas.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Aún no se ha realizado en nuestro entorno ninguna revisión acerca del efecto de la visita domiciliaria, a pesar de que hace 30 años que la llevamos a cabo.

Conclusión

En la Gerencia de Atención Integrada (GAI) de Ciudad Real, 1879 personas se encuentran en el programa Turriano con riesgo de inmovilizados, y 227 en el C.S. Pio XII.

Actualmente, en el Protocolo de Inmovilizados, en la GAI de Ciudad Real contamos con 1711 personas, y en el caso del C.S. Pio XII con 207 personas.

Las principales dificultades que nos encontramos en estos momentos es que nuestras agendas están principalmente dirigidas a la atención de la demanda de los usuarios, tanto en consulta como en domicilio.

Se ha ido recortando tiempo a las visitas domiciliarias programadas que son fundamentales para detectar y atender las necesidades de las personas y sus cuidadores en el domicilio.

Por todo ello, queremos visibilizar la importancia de la atención domiciliaria, clave en la enfermería y medicina familiar y comunitaria.

Bibliografía

1. Corrales-Nevado D, Alonso-Babarro A, Rodríguez-Lozano MA. Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informa SESPAS. 2012.
2. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Hospitalizaciones Potencialmente Evitables por condiciones que afectan a pacientes crónicos o frágiles. Gobierno de Aragón, 2015. Disponible en: http://www.atlasvpm.org/atlas-hospitalizaciones-potencialmente-evitables.
3. Isabel Toral López. Estrategias de mejora de la efectividad de la atención domiciliaria a personas incapacitadas y sus cuidadores. La enfermera comunitaria de enlace. Comunidad. Publicación periódica del Programa de Actividades Comunitarias de Atención Primaria, 6. Barcelona: SemFYC, 2003. Disponible en: http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/6/documentos_estrategias.pdf.

Capítulo 179

Oxigenoterapia de alto flujo en pacientes críticos

Barranquero Rodríguez, Rocío

Camacho Dorado, Elena

OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN PACIENTES CRÍTICOS

Autores: Rocío Barranquero Rodríguez y Elena Camacho Dorado
Filiación: SATSE CIUDAD REAL

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia respiratoria aguda (IRA) es una de las causas más frecuentes de ingreso en las Unidades de Cuidados Intensivos. El tratamiento de primera línea para esta patología es la oxigenoterapia que se puede administrar de forma invasiva o no invasiva. En medida de lo posible se debe evitar el soporte ventilatorio invasivo pero hay ocasiones en las que la oxigenoterapia convencional no es suficiente.

Una buena alternativa podría ser la oxigenoterapia de alto flujo (OAF) con estas características:

- Puede aportar un flujo de oxigeno solo o mezclado con aire, por encima del pico inspiratorio del paciente a través de una mascarilla o de una cánula nasal. El flujo puede alcanzar hasta 60L/min.
- El gas se calienta hasta un valor aproximado entre 34-40°C y con una humedad relativa entre 95-100%.
- La OAF está muy desarrollada en pacientes pediátricos y neonatos, actualmente se está instaurando más en adultos.

OBJETIVOS

- Ampliar los conocimientos sobre la oxigenación de alto flujo
- Conocer los beneficios que nos puede aportar esta forma de oxigenación en los pacientes críticos adultos.

MATERIAL Y MÉTODO

- Se ha realizado una revisión bibliográfica con diferentes bases de datos (Scielo, Cochrane ,Pubmed) tanto con artículos en español como en inglés.
- Los artículos utilizados para esta revisión bibliográfica pertenecen al periodo entre 2011-2017 teniendo más en cuenta los más actuales.

RESULTADOS

La oxigenoterapia de alto flujo (OAF) puede aportar ciertos beneficios:

- Mejora la oxigenación mediante varios mecanismos: la menor dilución con el aire ambiente del gas suministrado en la inspiración, y una cierta presurización de la vía aérea con un efecto CPAP-like.
- Mejor tolerancia y comodidad para el paciente : ya que el gas que se aporta está totalmente condicionado y disminuye la frecuencia respiratoria . La humidificación además permite una mejor excreción de secreciones y disminuye las atelectasias.
- Mayor comodidad encontrando una mayor tolerancia por parte de los pacientes. Causa menor sequedad , genera menos ruido y un mayor bienestar.
- Mejora el manejo de secreciones respiratorias, evitando infecciones.
- Reduce la necesidad de ventilación mecánica invasiva, con todos su inconvenientes.
- Puede usarse en la preoxigenacion en la maniobra de intubación traqueal.
- Se puede utilizar de forma preventiva tras extubar a un paciente y así evitar un fracaso en la extubación.



El sistema de oxigenación de alto flujo esta formado por:

- Controlador de flujo y Fio2
- Humidificador- calefactor
- Tubuladuras no condensantes
- Cánulas nasales.

CONCLUSIONES

- Esta técnica podría ser un avance en el tratamiento de pacientes críticos adultos ya que puede evitar complicaciones como las infecciones que en muchas ocasiones se asocian a la ventilación mecánica invasiva .
- Puede mejorar la estancia a los pacientes en las unidades de críticos ya que es un sistema mejor tolerable que otras formas de oxigenoterapia no invasiva.
- Se debería hacer más estudios sobre el tema ya que en la actualidad no se encuentra muy desarrollado el uso de esta terapia y realizar una mayor formación sobre ello al personal sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

- Paredes I, Colinas L, Canabal A, Hernández G. Oxigenoterapia acondicionada de alto flujo en la prevención del fracaso de la extubación. [Internet]. AnastasiaR:Irene Paredes; 29 Mayo 2017. [Consultado 4 Abril 2019]. Disponible en: https://anestesiar.org
- Masclans J.R, Pérez-Terán J.R, Roca.O. Papel de la oxigenterapia de alto flujo en la insuficiencia respiratoria aguda. [Internet]. Med Intensiva. 2015; [consultado 1 Abril 2019];39(8):505-515. Disponible en: http://www.medintensiva.org
- Velasco Sanz T.R , Sanchez de la ventana A.B. La oxigenoterapia de alto flujo com cánula nasal en pacientes críticos. Estudio prospectivo. . [Internet]. Enferm Intensiva.2014; [consultado 1 Abril 2019];25(4):131-136. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-la-oxigenoterapia-alto-flujo-con-S1130239914000522

Segoviano Gómez Edgar, Vejar Sánchez J.A, Arvizu Velasco Diana, Barrios López M.A. ¿El uso de alto flujo de oxígeno disminuye la necesidad de intubación comparando con el empleo de ventilación mecânica no invasiva em el paciente com síndrome de insuficiência respiratoria aguda (SIRA) leve?. [Internet]. Med Crit.2016; [consultado 2 Abril 2019];30(5):329-333. Disponible en :http:// www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=70591

- Imagen de: AnestesiaR.org

Resumen: *La insuficiencia respiratoria aguda es una patología muy frecuente en unidades de Cuidados Intensivos. La oxigenoterapia es la terapia de primer grado, ésta puede ser invasiva o no invasiva. Se debe evitar lo máximo posible la invasiva por ello una buena alternativa podría ser la oxigenoterapia de alto flujo que tiene características bastante beneficiosas como que puede aportar un flujo de oxigeno solo o mezclado con aire por encima del pico inspiratorio y puede alcanzar un flujo de 60L/min, una temperatura entre 34-40º y una humedad relativa entre 95-100 %. Esta terapia está muy desarrollada en pacientes pediátricos y neonatos.*

Palabras Clave: *Cuidados Intensivos; Insuficiencia respiratoria aguda; oxigenoterapia.*

Objetivos

- Ampliar los conocimientos sobre la oxigenación de alto flujo.
- Conocer los beneficios que nos puede aportar esta forma de oxigenación en los pacientes críticos adultos.

Material y método

- Se ha realizado una revisión bibliográfica con diferentes bases de datos (Scielo, Cochrane ,Pubmed) tanto con artículos en español como en inglés.
- Los artículos utilizados para esta revisión bibliográfica pertenecen al periodo entre 2011-2017 teniendo más en cuenta los más actuales.

Resultados

La oxigenoterapia de alto flujo (OAF) puede aportar ciertos beneficios:

- Mejora la oxigenación mediante varios mecanismos: la menor dilución con el aire ambiente del gas suministrado en la inspiración, y una cierta presurización de la vía aérea con un efecto CPAP-like.
- Mejor tolerancia y comodidad para el paciente: ya que el gas que se aporta está totalmente condicionado y disminuye la frecuencia respiratoria. La humidificación además permite una mejor excreción de secreciones y disminuye las atelectasias.
- Mayor comodidad encontrando una mayor tolerancia por parte de los pacientes. Causa menor sequedad, genera menos ruido y un mayor bienestar.
- Mejora el manejo de secreciones respiratorias, evitando infecciones.
- Reduce la necesidad de ventilación mecánica invasiva, con todos sus inconvenientes.
- Puede usarse en la preoxigenacion en la maniobra de intubación traqueal.
- Se puede utilizar de forma preventiva tras extubar a un paciente y así evitar un fracaso en la extubación.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Conclusiones

- Esta técnica podría ser un avance en el tratamiento de pacientes críticos adultos ya que puede evitar complicaciones como las infecciones que en muchas ocasiones se asocian a la ventilación mecánica invasiva.
- Puede mejorar la estancia a los pacientes en las unidades de críticos ya que es un sistema mejor tolerable que otras formas de oxigenoterapia no invasiva.
- Se debería hacer más estudios sobre el tema ya que en la actualidad no se encuentra muy desarrollado el uso de esta terapia y realizar una mayor formación sobre ello al personal sanitario.

Bibliografía

1. Paredes I, Colinas L, Canabal A, Hernández G. Oxigenoterapia acondicionada de alto flujo en la prevención del fracaso de la extubación. [Internet]. AnastasiaR:Irene Paredes; 29 Mayo 2017. [Consultado 4 Abril 2019]. Disponible en: https://anestesiar.org.
2. Masclans J.R, Pérez-Terán J.R, Roca.O. Papel de la oxigenterapia de alto flujo en la insuficiencia respiratoria aguda. [Internet]. Med Intensiva. 2015; [consultado 1 Abril 2019];39(8):505-515. Disponible en: http://www.medintensiva.org.
3. Velasco Sanz T.R , Sanchez de la ventana A.B. La oxigenoterapia de alto flujo com cánula nasal en pacientes críticos. Estudio prospectivo. [Internet]. Enferm Intensiva.2014; [consultado 1 Abril 2019];25(4):131-136. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-la-oxigenoterapia-alto-flujo-con-S1130239914000522.

Capítulo 180

Paciente experto en Diabetes Mellitus Tipo II. A propósito de una experiencia

Hidalgo Vélez, Esther

Vélez Ayuso, Victoria

Martín-Pérez Cidoncha, Laura

“Paciente Experto en DM Tipo II. A propósito de una experiencia.”

Introducción

El aumento de la esperanza de vida, el envejecimiento de la población, el desarrollo de la salud pública, los cambios demográficos han dado lugar a un aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas y de la comorbilidad y morbimortalidad de las mismas.

Estos cambios plantean la necesidad de generar nuevos modelos organizativos y de provisión de servicios, en los cuales los pacientes asuman mayor responsabilidad y sean más activos en el cuidado, mantenimiento y promoción de su salud. Surge por tanto la necesidad de dotar a los pacientes de una mayor responsabilidad e implicación en su proceso de salud-enfermedad mediante el fomento de herramientas como la autogestión y el autocuidado.

El Programa de Autogestión de las Enfermedades Crónicas (denominado en inglés “Chronic Disease Self-Management Program”, CDSMP), de la Universidad de Stanford (California, Estados Unidos) es el pionero en las iniciativas de apoyo del autocuidado y el que tiene el enfoque estructurado más utilizado y con mayor evidencia de efectividad. Comenzó a desarrollarse en la década de desarrollado 1980 y los creadores principales del programa fueron Kate Lorig, Virginia González y Diana Laurent.

En el ámbito nacional, no fue hasta el 2006 cuando comenzaron estas iniciativas. En el panorama nacional actual ya es un hecho aún así son programas bastante novedosos e incipientes.



PROGRAMAS DE AUTOGESTIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS (CDSMP)

↓

Paciente Activo
Autocuidado
Empoderamiento
Autogestión

↓

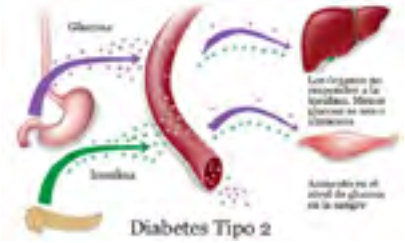
Base metodológica:

FORMACIÓN ENTRE IGUALES

Objetivos generales y específicos

- ✓ Conocer los programas de paciente activo de nuestra comunidad y de nuestra provincia.
- ✓ Dar a conocer estas intervenciones entre los usuarios y profesionales del C.S Ballesteros de Calatrava.
- ✓ Detectar posibles pacientes expertos en DM Tipo II.
- ✓ Fomentar la formación entre iguales con los siguientes objetivos específicos:
  - ✓ Aumentar la adherencia al tratamiento.
  - ✓ Incrementar el grado de autocuidado para adquirir un correcto manejo de la enfermedad.
  - ✓ Mejorar la percepción de calidad de vida
  - ✓ Mejorar el empoderamiento.
  - ✓ Aumentar el nivel de autoestima.
  - ✓ Disminuir el número de ingresos hospitala
  - ✓ Conocer el grado de satisfacción de los mismos tras la intervención.





Material y Métodos

Primero se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las siguientes fuentes de datos: Pubmed, Cinhall, Cochrane, Cuiden.
Key words: Diabetes Mellitus, Paciente Activo, Paciente Experto, Escuela de pacientes, Autocuidado, Automanejo.

Población: C.S. Ballesteros de Calatrava, Ciudad Real.
Paciente experto, paciente varón de 57 años diagnosticado de DM II.
Se trata de un diseño experimental, pre y post test.
Grupo de pacientes con DM II activos que cumplan criterios de inclusión y participen de forma voluntaria, firmando consentimiento informado. Las sesiones de E.P. S las llevará a cabo el paciente experto junto con el apoyo de la enfermera.




C.S Ballesteros de Calatrava, Ciudad Real.

Resultados

➢ Evolución y seguimiento:
1ª sesión: 22/03/19. Reciente comienzo.



- Calidad de vida: Cuestionario SF36 versión 2 española.
- Cuestionario de empoderamiento del paciente con enfermedad crónica (CEPEC-47)
- Autoestima: Escala de Rosenberg.
- Adherencia al tratamiento: cuestionario de Morisky Green.
- Autocuidado: Escala de ASA.
- Satisfacción: medida a través de encuesta de satisfacción de elaboración propia.



Conclusiones

- Reducir limitaciones funcionales y discapacidad.
- Fomento de la responsabilidad y del empoderamiento.
- Favorecer la comunicación con los profesionales. Calidad asistencial
- Aumento de la satisfacción de los servicios y los cuidados.
- Reducción de costes, menor número de recaídas y hospitalizaciones
- Disminución de la morbimortalidad
- Enfoque colaborativo. Relación simétrica.
- Fomenta el autocuidado, autogestión y calidad de vida
- Responsabilidad compartida
- Paciente verdadero protagonista
- Experiencia como herramienta clave
- Fomenta motivación y compromiso

Resumen: *Los cambios demográficos, sociales y epidemiológicos han propiciado un incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas y de la morbimortalidad. En este contexto, se crea el programa de automanejo de enfermedades crónicas de la Universidad de Standford basado en el empoderamiento de los pacientes, la participación activa, el autocuidado y autogestión de la enfermedad. Consiste en un programa en el que los pacientes asumen la responsabilidad en el automanejo de su enfermedad sirviendo de modelo a otros pacientes. Nace así la figura del "paciente activo", la formación "entre iguales" y el "paciente experto" para el manejo de las enfermedades crónicas.*

Palabras Clave: *Self manangement; empowerment; diabetes mellitus.*

Introducción

El aumento de la esperanza de vida, el envejecimiento de la población, el desarrollo de la salud pública, los cambios demográficos han dado lugar a un aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas y de la comorbilidad y morbimortalidad de las mismas.

Estos cambios plantean la necesidad de generar nuevos modelos organizativos y de provisión de servicios, en los cuales los pacientes asuman mayor responsabilidad y sean más activos en el cuidado, mantenimiento y promoción de su salud. Surge por tanto la necesidad de dotar a los pacientes de una mayor responsabilidad e implicación en su proceso de salud-enfermedad mediante el fomento de herramientas como la autogestión y el autocuidado, entendidos estos conceptos de la siguiente manera:

Autocuidado: Conjunto de tareas que lleva a cabo el paciente en el manejo de su enfermedad crónica, incluyendo aspectos médicos, de conducta y emocionales.

Autogestión: Capacidad individual para hacer frente a los síntomas, tratamiento, consecuencias psicológicas y los cambios de vida que supone un problema de salud crónico. Mantener la calidad de vida mediante la autorregulación.

Y por consiguiente estos programas se sustentan en el paciente activo, la persona que, afectada por un proceso crónico, se hace copartícipe y corresponsable de la gestión de su salud, es capaz de identificar los síntomas y de responder y de adquirir herramientas que le permitan gestionar el impacto físico, emocional y social de la enfermedad, con lo que mejora su calidad de vida.

El Programa de Autogestión de las Enfermedades Crónicas (denominado en inglés "Chronic Disease Self-Management Program", CDSMP), de la Universidad de Stanford (California, EEUU) es el pionero en las iniciativas de apoyo del autocuidado y el que tiene el enfoque estructurado más utilizado y con mayor evidencia de efectividad.

Aunque ya en la década de 1970 algunos autores españoles se hacían eco de los programas de paciente activo y de la necesidad de evolucionar hacia un modelo sanitario menos paternalista, no fue hasta 2006 que estas iniciativas comenzaron a ponerse en marcha de manera estructurada dentro del Sistema Nacional de Salud Español.

A nivel internacional, se han creado e impulsado modelos de referencia, como el "Chronic Care Model", el "Innovative Care for Chronic Conditions" o el "Model Kaiser Permanent" de la Organi-

ISBN: 978-84-949197-6-3

zación Mundial de la Salud (OMS), en los que el apoyo al autocuidado es una de las dimensiones relevantes, constituyendo una de las vías a trabajar con el objetivo de mejorar la capacidad de las personas con enfermedades crónicas y de satisfacer sus necesidades asistenciales.

En general, estos programas parten del concepto de "empoderamiento", entendido éste como el proceso por el cual las personas logran un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud, y pasan de ser un receptor pasivo de atención sanitaria a un agente activo en su propio cuidado.

Esto significa que los profesionales están ahí para proporcionar apoyo, un sostén que ayude al individuo que así lo precisa a identificar problemas de salud y adquirir el conocimiento y las habilidades necesarias para alcanzar sus objetivos.

Por consiguiente, la implantación a nivel nacional de estos programas puede suponer una disminución de la morbimortalidad asociada a este tipo de patología y por tanto una mejora en el bienestar de estas personas que lo padecen.

Objetivos

- Conocer los programas de paciente activo de nuestra comunidad y de nuestra provincia.
- Dar a conocer estas intervenciones entre los usuarios y profesionales del C.S Ballesteros de Calatrava.
- Detectar posibles pacientes expertos en DM Tipo II.
- Fomentar la formación entre iguales con los siguientes objetivos específicos:
- Aumentar la adherencia al tratamiento.
- Incrementar el grado de autocuidado para adquirir un correcto manejo de la enfermedad.
- Mejorar la percepción de calidad de vida
- Mejorar el empoderamiento.
- Aumentar el nivel de autoestima.
- Disminuir el número de ingresos hospitalarios
- Conocer el grado de satisfacción de los mismos tras la intervención.

Material y métodos

- Población: C.S. Ballesteros de Calatrava, Ciudad Real.
- Se trata de un diseño experimental, pre y post test.
- Grupo de pacientes con DM II activos que cumplan criterios de inclusión y participen de forma voluntaria, firmando consentimiento informado. Las sesiones de E.P. S las llevará a cabo el paciente experto junto con el apoyo de la enfermera.

Resultados

La primera sesión comenzó en marzo de 2019, donde los pacientes han cumplimentado los siguientes cuestionarios:

- Calidad de vida: Cuestionario SF36 versión 2 española.

- Cuestionario de empoderamiento del paciente con enfermedad crónica (CEPEC-47).
- Autoestima: Escala de Rosenberg.
- Adherencia al tratamiento: Cuestionario de Morisky Green.
- Autocuidado: Escala de ASA.
- Satisfacción: Medida a través de encuesta de satisfacción de elaboración propia.

Se llevará a cabo una evaluación a los 6 y a los 12 meses tras finalizar el programa de paciente activo en diabetes mellitus dirigido por un paciente experto, acompañado y supervisado por la enfermera de Atención Primaria.

Conclusiones

La implantación de este tipo de programas ha demostrado que tiene los siguientes beneficios:

- Reducir limitaciones funcionales y discapacidad.
- Fomento de la responsabilidad y del empoderamiento.
- Favorecer la comunicación con los profesionales. Calidad asistencial.
- Aumento de la satisfacción de los servicios y los cuidados.
- Reducción de costes, menor número de recaídas y hospitalizaciones.
- Disminución de la morbimortalidad.
- Enfoque colaborativo. Relación simétrica.
- Fomenta el autocuidado, autogestión y calidad de vida.
- Responsabilidad compartida.
- Paciente verdadero protagonista.
- Experiencia como herramienta clave.
- Fomenta motivación y compromiso.

Bibliografía

1. Nuño-Solinis R, Rodríguez-Pereira C, Piñera-Elorriaga K, Zaballa-González I, Bikandi-Irazabal J. Panorama de las iniciativas de educación para el autocuidado en España. Gac Sanit. 2013; 27(4):332-337.
2. Lorig KR, Ritter P, Stewart AL, Sobel DS, Brown Jr BW, Bandura A, Holman HR. Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. Med Care. 2001; 39(11):1217-1223.
3. Comunidad de las Islas Baleares. Pla d'atenció a les Persones amb malalties cròniques 2016-2021. Palma de Mallorca, Conselleria de Salut del Govern de les Illes Balears; 2016.
4. González Mestre A. La autonomía del paciente con enfermedades crónicas: De paciente pasivo a paciente activo. Enferm Clin. [Internet]. 2014; 24 (1):67-73. Available from: https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.11.005.
5. Department of Health. The expert patient: A new approach to Chronic Disease Management for the twenty-first century. London: Department of Health, 2001.

Capítulo 181

Paciente portador DAI Subcutáneo

Rivero Merino, Irene

Terán Boabén, Marta

Terriza Cabrera, Nuria María

PACIENTE PORTADOR DAI SUBCUTÁNEO

INTRODUCCIÓN:
Elaboración de un informe de caso clínico en un paciente intervenido para colocación Desfibrilador Automático Implantable Subcutáneo (DAI-SC) (1) en la Unidad de Arritmias (UNAR), al que se le aplica la ejecución de un plan de cuidados. Para la realización del plan de cuidados se utilizó el modelo de Virginia Henderson (7), basado en las necesidades humanas, que van a determinar el grado de dependencia/independencia del individuo y las taxonomías NANDA, NOC y NIC (8,9,10,11).
El desfibrilador automático implantable (DAI) es una de las principales opciones terapeúticas para pacientes con taquiarritmias ventriculares o con alto riesgo de sufrirlas. Es la terapia de elección para prevenir la muerte súbita (MSC) (1).El implante de estos desfibriladores expone a situaciones de vulnerabilidad física y psicológica que pueden repercutir en la calidad de vida (4).
El objetivo es abordar un plan de cuidados de enfermería para identificar los problemas y necesidades de cuidados del paciente desarrollando actividades encaminadas a la prevención y detección precoz de las posibles complicaciones y potenciar la seguridad del paciente y con ello la calidad de los cuidados, no solo desde el enfoque biomédico, si no desde una perspectiva psíquica y emocional, ya que la cirugía y el acto anestésico se encuentran entre los acontecimientos más estresantes para los seres humanos (5).
El diagnóstico más frecuente (NANDA) (10,11) es Ansiedad (3), relacionado con la percepción de amenaza en el estado de salud. Los principales problemas fueron los derivados de los diagnósticos enfermeros que hacen incidencia sobre la prevención de riesgos y complicaciones asociadas al implante. También surgieron problemas en la etapa postoperatoria relacionadas con el dolor (2,3,6). En los objetivos (NOC)(9,10), se hizo hincapié en prevención de la infección relacionada con la técnica. Para la continuidad de los cuidados se realizaron una serie de intervenciones (NIC) (8,10), entre las que destacamos: las actividades relacionadas con la educación sanitaria, manejo del dolor, detección temprana de los síntomas relacionados con la infección y la adherencia al tratamiento.
En la actualidad la enfermera utiliza el Proceso de Enfermería (PAE), para identificar y sintetizar los datos clínicos y para disponer de intervenciones de enfermería que reduzcan y eliminen o prevengan (promoción de la salud) las alteraciones de la salud que pertenezcan al dominio legal y educativo de la enfermera. La enfermería en general necesita un sistema de clasificación para desarrollar unos fundamentos científicos sólidos que cumplan unos de los criterios como profesión. La Taxonomía del diagnóstico de Enfermería (11) proporcionará una estructura para la investigación clínica con un conocimiento potencial de la investigación y de los conocimientos.

OBSERVACIÓN CLÍNICA: Datos obtenidos a partir de la revisión de la historia clínica, historia enfermera, exploración física inicial, entrevista realizada al paciente y la observación.
DATOS GENERALES: Varón de 59 años citado en la unidad de arritmias para implante de DAI-SC.
DATOS CLÍNICOS:
- Alergias: No conocidas
- Hábitos tóxicos: No consume tabaco, alcohol esporádicamente.
- Antecedentes patológicos: Hipertensión arterial (HTA), dislipemia (DL) y obesidad.
- Cardiopatía isquémica:
  - 2004 Enfermedad de tres vasos coronarios con revascularización quirúrgica.
  - Síndrome coronaria agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST) en 2013 y 2015 donde se realizan cateterismos que muestran lesiones significativas: TCI distal, DA proximal-media, ramo mediano en porciones proximal y media, Cx distal y oclusión crónica de CD proximal y distal, colocan stents farmacoactivos en ramo mediano a nivel medio, DA proximal-media, TCI-DA y TCI ramo mediano y DA.
  - Último ecocardiograma transesofágico (ETT) presenta aquinesia posteroinferior basal y media y una fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) 43%.
- Durante el seguimiento por consulta cardiología en marzo 2014 se objetiva disnea de clase II de la Nyha.
- Medicación habitual: Anticoagulantes, antiagregantes, protector gástrico, beta-bloqueantes, antihipertensivos, antagonista de la aldosterona, estatinas e hipolipemiantes.
- Motivo consulta: Prevención primaria MSC mediante implante DAI. Oclusión de sistema axilo-subclavio izquierdo confirmado con venografía. Accesos vasculares por lado derecho permeables (se reservan por DAI-RESINCRO). Dados estos hallazgos se opta por la implantación de DAI-SC.

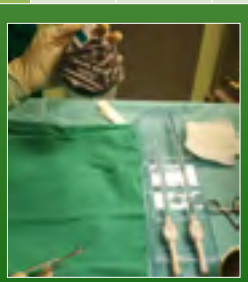
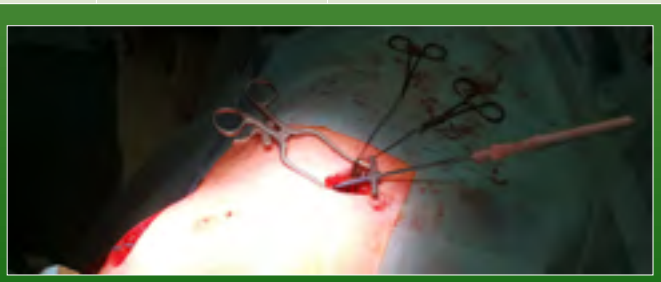
VALORACIÓN FÍSICA INICIAL: Tensión Arterial (TA): 138/85 mmHg, Frecuencia Cardiaca (FC): 76 lpm, Frecuencia Respiratoria (FR): 18 rpm, Tª: 36,2 ºC, peso: 100kg, talla: 170cm, resultados de laboratorio en orden, pruebas complementarias: Radiografía de tórax y electrocardiograma (ECG).
HISTORIA ENFERMERA: Paciente que ingresa de forma programada el día 29 de Noviembre de 2018 para implante DAI-SC. El paciente refiere ansiedad por el procedimiento. Bajo sedoanalgesia se realiza bolsa en región axilar media a nivel del 5º espacio intercostal izquierdo y tunelización hasta región paraxifoidea izquierda con incisión a dicho nivel. Implante de electrodo Boston EMBLEM S ICD SQ1 de 45cm que se conecta a generador EMBLEM MRI S-ICD A219, se realiza cierre por planos. Se induce fibrilación ventricular (FV) que es adecuadamente detectada por el dispositivo dando choque a 65J. Sin incidencias en el despertar. Profilaxis antibiótica con cefazolina 2 gramos.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO
Se utiliza el modelo teórico de Virginia Henderson (7) para la descripción y valoración de las necesidades del paciente.
I- Necesidad de respiración y circulación: No fumador. En el momento del ingreso el enfermo presenta disnea clase II Nyha (Ligera limitación de la actividad física. Confortable en reposo. La actividad ordinaria ocasiona fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso).
II- Necesidad de nutrición e hidratación: Paciente HTA, DL y obeso, pese a conocer el tipo de dieta adecuada para su enfermedad no la realiza. Durante el día ingiere 1,5 litros de agua y alguna cerveza al día. No pica entre comidas y dice disfrutar comiendo. IMC 30.
III- Necesidad de eliminación: En la eliminación urinaria y fecal es autónomo. Habitualmente va todos los días al baño sin problemas.
IV- Necesidad de movilización: Trabajador en activo, autónomo para las actividades de la vida diaria (AVD).
V- Necesidad de reposo y sueño: Duerme unas 6 horas. Manifiesta que las emociones no le influyen en la conciliación y/o mantenimiento de un sueño reparador. Dice despertarse con la sensación de haber descansado. Precisa 2 almohadas para dormir porque no tolera el decúbito, debido a la disnea. No duerme durante el día.
VI- Necesidad de vestirse y desvestirse: Es autónomo en el vestido y acicalamiento diario.
VII- Necesidad de termorregulación: Temperatura 36,6. El paciente es consciente de su temperatura corporal, percibe correctamente si siente frío o calor. Durante la intervención quirúrgica se le mantiene completamente tapado con sábana y paños estériles.
VIII- Necesidad de higiene e integridad de la piel: Piel seca y escamosa. Uñas cortas y limpias. Se lava todos los días y se ducha una o dos veces a la semana. Higiene dental, 2 veces al día. En la entrada a quirófano se procede a canalizar dos vías periféricas en mano y brazo izquierdo de calibre nº 18.
IX- Necesidad de seguridad: Consciente y orientado, colaborador. Atiende a todo lo que se le explica y, a pesar de estar angustiado con la intervención, adopta una actitud colaboradora. Utiliza gafas para ver de cerca. No conoce ninguna alergia.
X- Valores y creencias: Católico no practicante. Dice no tener necesidades al respecto.
XI- Necesidad de comunicación: Presenta un vocabulario fluido y se expresa con claridad. Se muestra muy comunicativo. Nivel cultural medio-bajo.
XII- Necesidad de trabajar y realizarse: Trabajador en activo.
XIII- Necesidad de ocio: Cada día desayuna fuera de casa y sale con la familia a comer una vez a la semana. Le gusta mucho el fútbol y queda con los amigos a ver los partidos.
XIV- Necesidad de aprendizaje: Está motivado para aumentar sus habilidades y poder llevar a cabo la gestión de su autocuidado. Tiene conocimientos sobre su enfermedad, pero le cuesta ser adherente en la dieta y la medicación.

De los datos obtenidos en la valoración y el juicio clínico obtenido, se derivan varios diagnósticos de Enfermería posibles y de riesgo, así como algunas complicaciones potenciales. Los diagnósticos enfermeros dependen en gran medida de la valoración y la técnica quirúrgica prevista. El más frecuente es Ansiedad (3), relacionado con la percepción de amenaza en el estado de salud. En cuanto a los diagnósticos enfermeros de riesgo, se proponen como posibles, el Riesgo de infección y Riesgo de lesión perioperatoria. Como complicaciones potenciales derivadas de la anestesia o de la herida quirúrgica y como problemas de colaboración, el Dolor (2,3,6). Se elabora el plan de cuidados en función de estos diagnósticos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: La intervención de enfermería fue crucial a la hora de disminuir la ansiedad que presentaba el paciente, que aceptara su situación y la necesidad del implante. Fue fundamental la educación sanitaria, la escucha activa de las necesidades y dudas del paciente y el apoyo psicológico; con el dolor hemos observado que al igual que con la ansiedad, el componente psicológico tiene gran importancia. El riesgo de infección ha sido controlado en todo momento al efectuar en los diferentes procedimientos con las normas de asepsia adecuadas. La utilización del modelo de cuidados de Virginia Henderson (7) en conjunto con el PAE nos permite identificar los diagnósticos de enfermería y establecer un plan de cuidados de taxonomía científica y universal, que da como resultado una atención profesional, científica e íntegra de todas y cada una de las necesidades de nuestros pacientes.

NECESIDAD	DIAGNÓSTICO	NANDA	NOC: Indicadores/Objetivos	NIC: Actividades/Intervención	ACTIVIDADES
IX. SEGURIDAD **Ansiedad: Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro.**	00146	ANSIEDAD	1211/ Nivel de ansiedad. 1210/ Nivel de miedo. 1402/ Control de la ansiedad.	5230/ Aumentar el afrontamiento. 5270/ Apoyo emocional. 5240/ Asesoramiento. 5820/ Disminución de la ansiedad. 7310/ Cuidados de enfermería al ingreso.	- Utilizar un enfoque sereno que de seguridad. - Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. - Crear un ambiente que facilite la confianza. - Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan ansiedad. - Comentar la experiencia emocional con el paciente. - Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. - Permanecer con el paciente y proporcionar sentimiento de seguridad durante los periodos de más ansiedad.
IX. SEGURIDAD **Riesgo de Infección: Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.**	00004	RIESGO DE INFECCIÓN	1807/ Conocimiento: Control de la infección. 1902/ Control del riesgo. 1908/ Detección del riesgo. 3440/ Cuidados del sitio de la incisión.	3440/ Cuidados del sitio de la incisión. 6545/ Control de infecciones. 6550/ Protección contra las infecciones.	- Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración. - Limpiar la zona que rodea a la incisión con una solución antiséptica apropiada. - Limpiar desde la zona más limpia hacia la zona menos limpia. - Enseñar al paciente y/o familia a cuidar la herida quirúrgica, incluyendo signos y síntomas de infección. - Verificar que se han administrado los antibióticos profilácticos, si procede. - Asegurarse de que el personal de cirugía viste el equipo apropiado. - Verificar la integridad del embalaje estéril. - Verificar los indicadores de esterilización. - Cepillado de manos y uñas, bata y guantes, según normas de asepsia. - Limitar y controlar las entradas y salidas del personal de quirófano.
IX. SEGURIDAD **Dolor Agudo: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o real o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain), inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o programado.**	00132	DOLOR AGUDO	1605/ Control del dolor. 2101/ Dolor: efectos nocivos. 2102/ Nivel del dolor.	1380/ Aplicación de calor/frío. 1400/ Manejo del dolor. 2210/ Administración de analgésicos. 2380/ Manejo de la medicación. 5230/ Aumentar el afrontamiento. 6482/ Manejo ambiental: confort.	- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición / duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes. - Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. - Proporcionar información acerca del dolor, tales como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.
VII. HIGIENE/PIEL **Riesgo de deterioro de la integridad cutánea: Riesgo de que la piel se vea negativamente afectada.**	00047	RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA	204/Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas. 1101/Integridad tisular: piel y membranas mucosas. 1902/Control del riesgo. 1908/Detección del riesgo.	1400/ Manejo del dolor. 3590/Vigilancia de la piel.	- Controlar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. - Medir el lecho de la herida. - Limpiar con solución salina normal o limpiador no tóxico, si procede. - Mantener la técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida. - Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje. - Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida. - Enseñar al paciente/ familia los procedimientos del cuidado de la herida. - Evitar infecciones en heridas.
IX. SEGURIDAD **Riesgo de lesión postural perioperatoria: Riesgo de cambios anatómicos y físicos accidentales como consecuencia de la postura o equipo usado durante un procedimiento quirúrgico/invasivo.**	00087	RIESGO DE LESIÓN POSTURAL PERIOPERATORIA	0208/ Nivel de movilidad. 000914/Estado neurológico: función sensitiva/motora medular. Sensibilidad cutánea corporal. 1902/ Control del riesgo.	0842/ Cambio de posición: intraoperatorio. - Manejo de presiones. - Manejo del peso.	- Determinar el margen de movimiento y estabilidad de las articulaciones del paciente. - Comprobar el estado neurológico y de la circulación periférica. - Proteger las vías intravenosas, los catéteres y los circuitos de respiración. - Comprobar la integridad de la piel - Colocar material acolchado en las prominencias óseas. - Utilizar dispositivos de ayuda para apoyar la cabeza y las extremidades. - Vigilar la posición del paciente durante la operación.


BIBLIOGRAFÍA : 1. Jesús Abenaráez Serrador a, Andrés Martín Asuero a, Olga Medina Moreno a, Rafael Peinado Fernández a, Luisa Pérez-Bilbao a, Ricardo Ruiz Granell a, Xavier Viñolas Prat a [1] Sociedad Española de Cardiología. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en arritmias cardíacas. Rev Esp Cardiol. 2001;54:977-97 Vol. 54 Núm 07 F. Pérez-Guerrero A. C., Aragón M. C., Narváez, M. Dolor postoperatorio: ¿hasta dónde vamos?. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2007 Feb [citado 2019 Mar 29]; 2(1): 3-5. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1134-80462007000100001&lng=es. Martínez Sánchez, Ana Belén Martín, María Teresa Ruiz, Margarita Díez Nauwelaers, Olga Jaime Martín, Mandarina Díez Rivas. Efectos de una visita preoperatoria de enfermería para preparar a la paciente y el alta. Enfermería Clínica, 2006. ISSN: 1130-8621, Vol. 16, Núm. 1, Page. 3-10 6.- Rafael Peinado Peinado, José Luis Merchán Gomez, José Antonio Ruiz Ruiz, Víctor María Pinillos, Óscar Quintero Herrero. Calidad de vida y estado psicológico de los pacientes portadores de desfibrilador automático implantable. Rev Esp Cardiol. 2008 Suplemento, ISSN: 1131-3587, Vol. 8, Issue. 1, Page. 60-70 7.- Luis Rodrigo Del. Modelos de Nola J. Pender, Dorothea Orem y Virginia Henderson en el siglo XXI. M Ed. Barcelona: Masson, 2006. 8. McCloskey J, Bochorrnes, G, Iowa. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 3ª ed. Barcelona: Elsevier, 2005. 9. Mc Closkey J, Bochorrnes, G, Iowa. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 3ª ed. Barcelona: Elsevier, 2005. 10. Herdman T. Heather. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. Madrid: Elsevier, 2010. 11. Nanda International. Diagnósticos Enfermeros: Definición y Clasificación 2009-2011. Madrid: Elsevier, 2010.

Resumen: *Elaboración de un plan de cuidados de enfermería para identificar los problemas y necesidades de un paciente intervenido para colocación desfibrilador automático implantable subcutáneo (DAI-SC) (1) en la Unidad de Arritmias (UNAR) del HGUCR. Para la realización del plan de cuidados se utilizó el modelo de Virginia Henderson (4), basado en las necesidades humanas, que van a determinar el grado de dependencia/independencia del individuo y las taxonomías NANDA, NOC y NIC (5).*

Palabras Clave: *Implantable defibrillator; pain management; standardized nursing terminology.*

Introducción

Datos obtenidos a partir de la revisión de la historia clínica, historia enfermera, exploración física inicial, entrevista realizada al paciente y la observación.

Varón de 59 años citado en UNAR para implante de DAI-SC.

Datos clínicos

- Alergias: No conocidas.
- Hábitos tóxicos: No consume tabaco, alcohol esporádicamente.
- Antecedentes patológicos: HTA, DL y obesidad.
- Cardiopatía isquémica:
    - » 2004 Enfermedad de tres vasos coronarios con revascularización quirúrgica (AMD a DA, AMI a OM y A radial a DP).
    - » SCASEST en 2013 y 2015 donde se realizan cateterismos que muestran lesiones significativas: TCI distal, DA proximal-media, ramo mediano en porciones proximal y media, Cx distal y oclusión crónica de CD proximal y distal, colocan stents farmacoactivos en ramo mediano a nivel medio, DA proximal-media, TCI-DA y TCI ramo mediano y DA.
    - » Último ETT presenta aquinesia posteroinferior basal y media, FEVI 43%.
- Durante el seguimiento por consulta cardiología en marzo 2014 se objetivan disnea de clase II de la Nyha.
- Medicación habitual: Anticoagulantes, antiagregantes, protector gástrico, beta-bloqueantes, antihipertensivos, antagonista de la aldosterona, estatinas e hipolipemiantes.
- Motivo consulta: Prevención primaria muerte súbita cardiaca (MSC) mediante implante DAI. Oclusión de sistema axilo-subclavio izquierdo confirmado con venografía. Accesos vasculares por lado derecho permeables (se reservan por DAI- RESINCRO). Dados estos hallazgos se opta por la implantación de DAI-SC.
- Fecha de la intervención: 29/11/2018.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Valoración física inicial

- Tensión arterial (TA): 138/85 mmHg.
- Frecuencia cardiaca (FC): 76 lpm.
- Frecuencia respiratoria (FR): 18 rpm.
- Tª: 36 ºC.
- Peso: 100 kg. Talla: 170 cm.
- Resultados de laboratorio en orden.
- Pruebas complementarias: Rx tórax, ECG.

Historia enfermera

Paciente que ingresa de forma programada el día 29 de noviembre de 2018 para implante DAI-SC. El paciente refiere ansiedad por el procedimiento. Bajo sedoanalgesia se realiza bolsa en región axilar media a nivel del 5º espacio intercostal izquierdo y tunelización hasta región paraxifoidea izquierda con incisión a dicho nivel. Implante de electrodo Boston EMBLEM S ICD SQ1 de 45cm que se conecta a generador EMBLEM MRI S-ICD A219, se realiza cierre por planos. Se induce fibrilación ventricular (FV) que es adecuadamente detectada por el dispositivo dando choque a 65J. Sin incidencias en el despertar. Profilaxis antibiótica con cefazolina 2 gramos.

Plan de cuidados enfermero

I- Necesidad de respiración y circulación: No fumador. En el momento del ingreso el enfermo presenta disnea clase II Nyha (Ligera limitación de la actividad física. Confortable en reposo. La actividad ordinaria ocasiona fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso).

II- Necesidad de nutrición e hidratación: Paciente hipertenso y obeso, pese a conocer el tipo de dieta adecuada para su enfermedad no la realiza. Durante el día ingiere 1,5 litros de agua y alguna cerveza al día. No pica entre comidas y dice disfrutar comiendo. IMC 30.

III- Necesidad de eliminación: En la eliminación urinaria y fecal es autónomo. Habitualmente va todos los días al baño sin problemas.

IV- Necesidad de movilización: Autónomo para las actividades de la vida diaria (AVD).

V- Necesidad de reposo y sueño: Duerme unas 6 horas. Manifiesta que las emociones no le influyen en la conciliación y/o mantenimiento de un sueño reparador. Dice despertarse con la sensación de haber descansado. Precisa 2 almohadas para dormir porque no tolera el decúbito, debido a la disnea. No duerme durante el día.

VI- Necesidad de vestirse y desvestirse: Es autónomo en el vestido y acicalamiento diario.

VII- Necesidad de termorregulación: Temperatura 36 ºC. El paciente es conciente de su temperatura corporal, percibe correctamente si siente frío o calor. Durante la intervención quirúrgica se le mantiene completamente tapado con sábana y paños estériles.

VIII- Necesidad de higiene e integridad de la piel: Piel seca y escamosa. Uñas cortas y limpias. Se lava todos los días y se ducha una o dos veces a la semana. Higiene dental, 2 veces al día. En la entrada a quirófano se procede a canalizar dos vías periféricas en mano y brazo izquierdo de 18G.

IX- Necesidad de seguridad: Consciente y orientado, colaborador. Atiende a todo lo que se le explica y, a pesar de estar angustiado con la intervención, adopta una actitud colaboradora. Utiliza gafas para ver de cerca. No conoce ninguna alergia.

X- Valores y creencias: Católico no practicante.

XI- Necesidad de comunicación: Presenta un vocabulario fluido y se expresa con claridad. Se muestra muy comunicativo. Nivel cultural medio-bajo.

XII- Necesidad de trabajar y realizarse: Trabajador en activo.

XIII- Necesidad de ocio: Cada día desayuna fuera de casa y sale con la familia a comer una vez a la semana. Le gusta mucho el futbol y queda con los amigos a ver los partidos.

XIV- Necesidad de aprendizaje: Está motivado para aumentar sus habilidades y poder llevar a cabo la gestión de su autocuidado. Tiene conocimientos sobre su enfermedad, pero le cuesta ser adherente en la dieta y la medicación.

Resultados y conclusiones

De los datos obtenidos en la valoración y el juicio clínico obtenido, se derivan varios diagnósticos de enfermería posibles y de riesgo, así como algunas complicaciones potenciales. El más frecuente es ansiedad (2), relacionado con la percepción de amenaza en el estado de salud. En cuanto a los diagnósticos enfermeros de riesgo, se proponen como posibles, el riesgo de infección y riesgo de lesión perioperatoria. Como complicaciones potenciales derivadas de la anestesia o de la herida quirúrgica y como problemas de colaboración, el dolor (3,5). Se elabora el plan de cuidados en función de estos diagnósticos.

Bibliografía

1. Jesús Almendral Garrote a, Emilio Marín Huerta a, Olga Medina Moreno a, Rafael Peinado Peinado a, Luisa Pérez Álvarez a, Ricardo Ruiz Granell a, Xavier Viñolas Prat a((a) Sociedad Española de Cardiología). Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en arritmias cardíacas. Rev Esp Cardiol. 2001;54:307-67 - Vol. 54 Núm.03
2. Rafael Peinado-Peinado; José Luis Merino-Llorens; José Hernán Roa-Rad; Ester Macía-Palafox; Óscar Quintero-Henson. Calidad de vida y estado psicológico de los pacientes portadores de desfibrilador automático implantable. Rev Esp Cardiol. 2008. Suplementos, ISSN: 1131-3587, Vol: 8, Issue: 1, Page: 40A-50. https://doi.org/10.1016/S1131-3587(08)73537-4.
3. Vallejo, J. C. B., Becerra, F. P., Hervás, J. C. Planificación de cuidados en el paciente quirúrgico. Inquietudes: Revista de enfermería (2007) 13(36), 4-16.
4. Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ª Ed. Barcelona: Masson, 2005.
5. Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey J, Maas M, Moorhead S, et al.Interrelaciones NANDA, NOC y NIC: diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones.2ª ed. Barcelona: Elsevier; 2007.

Capítulo 182

Paciente terminal oncológico. Actuación diabética

Rodrigo García, Rosa María

Fernandez-Infantes Rodríguez, Sara

Hernández de Castro, María Cristina

Funez Ruiz, Eva María

Merlo Ormeño, Alicia

Puñal Ortega, Eva

PACIENTE TERMINAL ONCOLÓGICO. ACTUACIÓN DIABÉTICA.

INTRODUCCION

En los pacientes terminales los valores glucémicos van a variar de los valores normales, porque van a depender del estado y calidad de vida del paciente, por lo que habrá que tratarlos individualmente.

El tratamiento diabético en estos pacientes es problemático por varias razones, por un lado la alimentación, a veces por anorexia o por todo lo contrario, por apetencia de alimentos ricos en azúcares y grasas, otras veces derivado de la enfermedad.

Debemos hacer hincapié en minimizar los síntomas que pueden incomodar al paciente, evitando sobre todo los episodios de hipoglucemias y deshidratación, estableciendo tratamientos sencillos y una dieta libre y minimizada.

DIAGNOSTICOS (NANDA).	INTERVENCIONES (NIC).	RESULTADOS (NOC).
00069.Afrontamiento ineficaz.	5240 Asesoramiento. 4920 Escucha activa. 5270 Apoyo emocional. 5340 Presencia.	1300 Aceptación : estado de salud. 1862 Conocimiento : manejo del estrés. 3009 Satisfacción del paciente/ usuario: cuidado psicológico.
00147 Ansiedad ante la muerte.	5230 Mejorar el afrontamiento. 5820 Disminución de la ansiedad.	1300 Aceptación : estado de salud. 2007 Muerte confortable. 14004 Autocontrol del miedo.
00079 Incumplimiento del tratamiento.	2130 Manejo de la hipoglucemia. 2120 Manejo de la hiperglucemia.	1820 Conocimiento del control de la diabetes.
00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.	3660 Cuidado de las heridas. 5603 Enseñanza cuidado del pie.	1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas. 1820 Conocimiento del control de la diabetes.

DISCUSIÓN.

Los rangos glucémicos se deben basar en el sentido común, no menos de 110 mg/dl y no presentar más de 275mg/dl de forma mantenida, siendo la situación ideal deseada entre 120 y 150 mg/dl.

Para pacientes con buen estado general y expectativas de vida, el objetivo es tener la hemoglobina glicosilada (HbA1c) en 6.5-7 % .

Sin embargo, tratándose de pacientes frágiles, con esperanza de vida < 5 años, los objetivos que nos debemos marcar serán menos estrictos (7,5-8,5%). evitando tanto las hipoglucemias como las complicaciones que llevan las hiperglucemias. No existe evidencia para cualquier rango de glucosa o HbA1c.

El control de la glucemia con controles capilares mínimos debe impedir la hiper/hipoglucemias sintomáticas.

Este tipo de pacientes pueden necesitar transmitirles confianza y en ocasiones demanda de explicaciones.

OBSERVACIÓN CLÍNICA.

Mujer de 73 años, con antecedentes de HTA, DM2 y cardiopatía isquemia crónica estable. En tratamiento con vasartaran, AAS y sitagliptina, Comienza con dolor abdominal y síndrome constitucional, que se somete a estudio.

Se realizan pruebas complementarias y se visualiza masa en cabeza de páncreas.

Se realiza tratamiento quirúrgico y quimioterapico sin resultados. Se incluye en seguimiento paliativo.



CONCLUSIÓN.

Los controles glucémicos en estos pacientes deben ser mínimos y dirigidos a garantizar el máximo bienestar, evitando sobre todo los síntomas relacionados con la hipoglucemia y deshidratación.

La comunicación temprana entre los niveles asistenciales para el asesoramiento es primordial en las primeras fases.

Los controles glucémicos deben ir encaminados a evitar hipoglucemias y en el caso de las hiperglucemias no deben ser tan estrictos ya que los efectos indeseables que puede llegar a causar son a largo plazo, en el caso de la paciente no se demorará mucho en el tiempo.

En situaciones de últimos días, se suspende el tratamiento por dificultad para la administración del mismo.



Resumen: *En los pacientes terminales los valores glucémicos van a variar de los valores normales, porque van a depender del estado y calidad de vida del paciente, por lo que habrá que tratarlos individualmente. El tratamiento a veces es problemático por varias razones, por un lado la alimentación, a veces por anorexia o por todo lo contrario, por apetencia de alimentos ricos en azúcares y grasas, otras veces derivado de la enfermedad.*

Hacer hincapié en minimizar los síntomas que pueden incomodar al paciente, evitando sobre todo los episodios de hipoglucemias y deshidratación, estableciendo tratamientos sencillos y una dieta libre y minimizada.

Palabras Clave: *Terminal; oncología; diabetes.*

Observación clínica

Mujer de 73 años, con antecedentes de HTA, DM2 y cardiopatía isquemia crónica estable. En tratamiento con vasartaran, AAS y sitagliptina.

Comienza con dolor abdominal y síndrome constitucional, que se somete a estudio. Se realizan pruebas complementarias y se visualiza masa en cabeza de páncreas. Se realiza tratamiento quirúrgico y quimioterapico sin resultados. Se incluye en seguimiento paliativo.

Plan de cuidados

- Diagnósticos (NANDA):
    - 00069 Afrontamiento ineficaz.
    - 00147 Ansiedad ante la muerte.
    - 00079 Incumplimiento del tratamiento.
    - 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
- Intervenciones (NIC):
    - 5240 Asesoramiento.
    - 4920 Escucha activa.
    - 5270 Apoyo emocional.
    - 5340 Presencia.
    - 5230 Mejorar el afrontamiento.
    - 5820 Disminución de la ansiedad.
    - 2130 Manejo de la hipoglucemia.
    - 3660 Cuidado de las heridas.
    - 5603 Enseñanza cuidado del pie.
    - 2120 Manejo de la hiperglucemia.
- Resultados (NOC):
    - 1300 Aceptación : estado de salud.

ISBN: 978-84-949197-6-3

- 1862 Conocimiento: Manejo del estrés.
- 3009 Satisfacción del paciente/ usuario: Cuidado psicológico.
- 1300 Aceptación: Estado de salud.
- 2007 Muerte confortable.
- 14004 Autocontrol del miedo.
- 1820 Conocimiento del control de la diabetes.
- 1101 Integridad tisular: Piel y membranas mucosas.
- 1820 Conocimiento del control de la diabetes.

Discusión

Los rangos glucémicos se deben basar en el sentido común, no menos de 110 mg/dl y no presentar más de 275 mg/dl de forma mantenida, siendo la situación ideal deseada entre 120 y 150 mg/dl.

Para pacientes con buen estado general y expectativas de vida, el objetivo es tener la hemoglobina glicosilada (HbA1c) en 6.5-7 % . Sin embargo, tratándose de pacientes frágiles, con esperanza de vida < 5 años, los objetivos que nos debemos marcar serán menos estrictos (7,5-8,5%) evitando tanto las hipoglucemias como las complicaciones que llevan las hiperglucemias. No existe evidencia para cualquier rango de glucosa o HbA1c.

El control de la glucemia con controles capilares mínimos debe impedir la hiper/hipoglucemias sintomáticas.

Este tipo de pacientes pueden necesitar transmitirles confianza y en ocasiones demanda de explicaciones.

Conclusión

Los controles glucémicos en estos pacientes deben ser mínimos y dirigidos a garantizar el máximo bienestar, evitando sobre todo los síntomas relacionados con la hipoglucemia y deshidratación. La comunicación temprana entre los niveles asistenciales para el asesoramiento es primordial en las primeras fases. Los controles glucémicos deben ir encaminados a evitar hipoglucemias y en el caso de las hiperglucemias no deben ser tan estrictos ya que los efectos indeseables que puede llegar a causar son a largo plazo, en el caso de la paciente no se demorará mucho en el tiempo. En situaciones de últimos días, se suspende el tratamiento por dificultad para la administración del mismo.

Bibliografía

1. Valassi E, Fabbi M. Pascual López A. Manejo de la hipoglucemia en el paciente con enfermerdad oncológica avanzada (EOA) Medicina Paliativa. 2018, volumen 25. 42-49.
2. Porta Sales J., Gómez Batiste X, Tuca Rodríguez A. Manual de conrol de síntomas en paciente con cáncer avanzado y terminal. 3ª ed. Pozuelo de Alarcón: Enfoque editorial; 2013.
3. Acha Pérez F.J. Paciente con DM tipo 2 en tratamiento con insulinay en situación de cuidados paliativos por un proceso oncológico. Fundación redGDPS. Tercer Curso Avanzado Médicos Senior. Medicina de familia. Valencia 27-28 mayo (2016).

Capítulo 183

Páncreas artificial

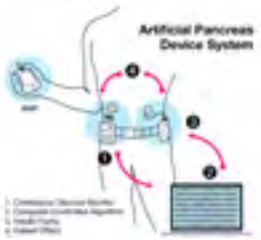
Gómez Martín, Patricia

AUTORA: Patricia Gómez Martín

PÁNCREAS ARTIFICIAL

INTRODUCCIÓN

¿QUÉ ES ? • "Sistema de dosificación automática de insulina en lazo cerrado híbrido".



¿EN QUÉ CONSISTE?

Es un sistema que conecta una bomba de insulina y un sensor que mide la glucosa (CGM) de tal forma que es capaz de leer los datos sobre glucosa y regular la liberación de insulina que necesita el organismo de forma automática gracias a un algoritmo.

OBJETIVO

- Conocer en qué consiste el Páncreas Artificial.
- Identificar todos los sistemas de Páncreas Artificial que existen en la actualidad.

MATERIAL Y MÉTODO

- Revisión de todos los manuales de montaje de Páncreas Artificial DIY ("do it yourself": hazlo tu mismo).
- 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...



PARTES



1.- SENSOR

- Colocado bajo la piel monitoriza los niveles de glucosa del paciente.-

2.-RECEPTOR

- Los niveles de glucosa se transmiten de forma inalámbrica a un smartphone que contiene un algoritmo de control que indica la cantidad de insulina que se ha de inyectar.

3.- Bomba de Insulina

- Se comanda la bomba para que aplique la cantidad correcta que necesite el organismo (previa configuración de una serie de paramétros individualizados, FSI, RATIO, DIA ...

4.-Dispositivos de Enlace

- RIley, Rasberry... son algunos de los aparatos que permiten la comunicación entre el resto de partes del Páncreas Artificial.

RESULTADO DE LOS ANÁLISIS DE LOS SISTEMAS QUE EXISTEN

Loop

- Loop predice la glucosa en la sangre en el futuro basándose en valores basales , ingesta de carbohidratos, administraciones de insulina y lecturas actuales de CGM.
- Estas predicciones de glucosa en la sangre proporcionan a loop la información necesaria para recomendar una tasa basal temporal para alcanzar un rango de glucosa específico en el futuro.
- El sistema puede funcionar como un "bucle abierto" al hacer recomendaciones al usuario para su aprobación antes de su promulgación o como un "bucle cerrado" al establecer automáticamente la basal temporal recomendada.
- Este software solo trabaja con iOS.

OpenAPS

- En OpenAPS hay una "plataforma" que es una pieza física de hardware.
- La plataforma recopila los datos y los ejecuta a través del algoritmo y realiza los cálculos de toma de decisiones en función de los ajustes de su bomba(fsi,ch,Dia...)

AndroidAPS

- Es un app que puede comunicar las bombas de insulina con bluetooth y ejecuta una versión del algoritmo "oref" de openAPS

NIGHTSCOUT

- Es un proyecto de código abierto DIY que permite el acceso en tiempo real a los datos de CGM a través de in sitio web personal, visores de smartwatch o aplicaciones y widgets disponibles para teléfonos inteligentes.

CONCLUSIONES

Los tres sistemas son un algoritmo de bucle cerrado y una interface de usuario desarrollados a través del trabajo de voluntarios de la comunidad "we are not waiting" (sistemas DIY:"do it yourself":hazlo tu mismo")

1.- Las principales ventajas del Páncreas Artificial son: Mejor control metabólico (mejor HbA1c, mayor tiempo en rango, menor tiempo en hipoglucemia, mejor respuesta al ejercicio y comidas...) con menor interacción de la persona con diabetes.

2.- Los estudios hablan de éxito en la reducción de la HbA1c y el número de hipoglucemias, también se asocia a una mayor satisfacción global y mejora de algunos parámetros relacionados con la calidad de vida.

—La investigación presentada en la reunión anual de la Asociación Europea para el estudio de la diabetes (EASD) en Berlín y publicada en *the Lancet*, muestra que el uso de un sistema híbrido de administración de insulina de dia y de noche es mejor que el sensor terapia Bomba aumentada para el control de diabetes mal controlada.

3.- A la hora de elegir un sistema de Páncreas Artificial hay que tener en cuenta el sensor y bomba del que se dispone así como factores psicosociales y educación diabetológica del paciente.

Resumen: *El páncreas artificial es un sistema DIY («you are yourself»: hazlo tú mismo) de dosificación automática de insulina en lazo cerrado híbrido que consiste en un sensor que mide la glucosa (CGM) de tal forma que es capaz de leer los datos sobre la misma y administrar de forma automática la cantidad de insulina necesaria gracias a un algoritmo que contiene unas variables previamente establecidas e individualizadas para cada paciente (fsi, dia...); existiendo tres sistemas (loop, openaps y androidaps) que tienen un algoritmo de bucle cerrado desarrollado a través del trabajo de voluntarios de la comunidad «we are not waiting».*

Palabras Clave: *Glucosa; hiperglucemia; diabetes.*

Introducción

¿Qué es?: «Sistema de dosificación automática de insulina en lazo cerrado híbrido»

¿En qué consiste?: Es un sistema que conecta una bomba de insulina y un sensor que mide la glucosa (CGM) de tal forma que es capaz de leer los datos sobre glucosa y regular la liberación de insulina que necesita el organismo de forma automática gracias a un algoritmo.

Partes:

1. *Sensor,* dispositivo colocado debajo de la piel que monitoriza de forma continua los niveles de glucosa del paciente.
2. *Receptor,* los niveles de glucosa se transmiten de forma inalámbrica a un smartphone que contiene un algoritmo de control que indica la cantidad de insulina que se ha de inyectar.
3. *Bomba de insulina,* se comanda la bomba para que aplique la cantidad correcta de insulina que necesite el organismo(previa configuración de una serie de parámetros individualizados (fsi, ratio, dia...)
4. *Dispositivos de enlace,* riley, rasberry... son algunos aparatos que permiten la comunicación entre el resto de los componentes del páncreas artificial.

Objetivo

Conocer en qué consiste el páncreas articial e identificar todos los sistemas de páncreas artificial que existen en la actualidad.

Material y método

- Revisión de todos los manuales de montaje de páncreas artificial DIY.
- 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...

Resultado de los análisis de los sistemas que existen

Los tres sitemas son un algoritmo de bucle cerrado y una interface de usuario desarrollados a través del trabajo de voluntarios de la comunidad «we are not waiting» (sistemas DIY «do it yourself: hazlo tú mismo»).

ISBN: 978-84-949197-6-3

- LOOP: Predice la glucosa en la sangre en el futuro, basándose en valores basales, ingesta de carbohidratos, administraciones de insulina y lecturas actuales de CGM. Estas predicciones de glucosa proporcionan a loop la información necesaria para recomendar una tasa basal temporal para alcanzar un rango de glucosa específico en el futuro. El sistema puede funcionar como un «bucle abierto» al hacer recomendaciones al usuario para su aprobación antes de su promulgación o como un «bucle cerrado» al establecer automáticamente la basal temporal recomendada. Este software solo trabaja con iOS.
- OPENAPS: En openaps hay una plataforma que es una pieza física de hardware, esta plataforma ejecuta una serie de comandos para recopilar los datos y los ejecuta a través del algoritmo y realiza los cálculos de toma de decisiones en función de los ajustes de su bomba (fsi,rato,ch...), más un radio stick para comunicarte con tu bomba y con tu teléfono y la nube a través de wifi para recopilar información adicional.
- ANDROIDAPS: Usa el algoritmo desarrollado para openaps sobre una base de android. Es una app que puede comunicar las bombas de insulina con bluetooth y ejecuta un aversión del algoritmo «oref» de openaps.
- NIGHTSCOUT: Es un proyecto de código abierto DIY que permite el acceso en tiempo real a los datos de CGM a través un sitio web personal, visores de smartwatch o aplicaciones y widgets disponibles para teléfonos inteligentes.

Conclusiones

Las principales ventajas del páncreas artificial son:

- Mejor control metabólico (mejor Hb1Ac, mayor tiempo en rango, menor tiempo en hipoglucemia e hiperglucemia, mejor respuesta al ejercicio y comidas...) con menor interacción de la persona con diabetes. Y , por tanto, una mejora presente y futura de la calidad de vida de la persona con diabetes.
- Los estudios hablan de éxito en la reducción de la Hb1Ac y el número de hipoglucemias, también se asocia a una mayor satisfacción global y mejora de algunos parámetros relacionados con la calidad de vida.
- La investigación presentada en la reunión anual de la Asociación Europea para el estudio de la diabetes(EASD) en Berlín y publicada en «the lancet», muestra que el uso de un sistema híbrido de administración de insulina de día y de noche es mejor que el sensor terapia Bomba para el control de diabetes mal controlada.
- A la hora de elegir un sistema de páncreas artificial hay que tener en cuenta el sensor y la bomba de los que se disponen asi como factores psicosociales y educación diabetológica del paciente.
- Es de suma importancia este último aspecto porque la educación diabetólogica que tenga el paciente es imprescindible para poder entender el funcionamiento del páncreas artificial y así realizar un uso adecuado del mismo.

Bibliografía

1. Documentos loop, https://loopkit.github.io/loopdocs/2017.
2. Documentos openaps, https://openaps.readthedocs.io/en/latest/index.html.2017.
3. Documentos androidaps, htpps://github.com/miloskozak/androidaps.2018.
4. Blog: repúblikadiabetes.com, opciones para hacer tu propio páncreas artificial.

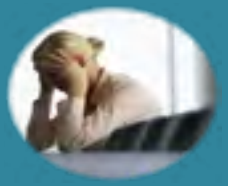
Capítulo 184

Papel de la enfermería en comunicación de malas noticias

Ruiz Serrano, Jesús Javier

Guerrero Sola, Lorena

PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS



Autores: Jesús Javier Ruiz Serrano y Lorena Guerrero Sola

INTRODUCCIÓN

- Es una práctica frecuente en nuestra profesión y, por lo tanto, se desatiende la formación en esta materia de habilidades de comunicación.
- Ser poco hábiles dando malas noticias puede generar un sufrimiento innecesario y un deterioro en la relación sanitario paciente posterior.
- Saber manejar las malas noticias puede disminuir el impacto emocional en el momento de ser informado.
- Disminuye nuestro nivel de ansiedad como profesionales en situaciones que, generalmente, son difíciles y aumenta nuestro nivel de satisfacción.

MALAS NOTICIAS

DEFINICION

- "Aquella que afecta negativamente a las expectativas de la persona, bien por ser ella la directamente afectada por la enfermedad o por ser alguna persona de su entorno la afectada".

DAR O NO MALAS NOTICIAS

- La duda de informar o no se produce PRINCIPALMENTE en el caso de las enfermedades con repercusión en el tiempo de vida.
- Con enfermedades crónicas informamos y ofrecemos atención posterior a la información del diagnóstico, en algunos casos el seguimiento está perfectamente organizado en protocolos y cada profesional sabe qué tareas debe realizar.
- En el caso de las enfermedades crónicas con pobre pronóstico vital, nos surge la duda de informar.

MOTIVOS PARA DAR MALAS NOTICIAS

La Ley General de Sanidad ampara el derecho a la información

El enfermo y su entorno conocen el diagnostico y pronostico pueden compartir el sufrimiento en el periodo final de su vida

Una persona no informada no puede tomar decisiones

NO DAR MALAS NOTICIAS

El paciente expresa el deseo de no ser informado





Situación de privilegio terapéutico

PAPEL DE LA FAMILIA



COMO DAR MALAS NOTICIAS

- Enfermedades crónicas: desde terrenos educativos y de promoción de salud.
- Pobre pronóstico vital: entorno, habilidades y estrategias.
- Qué decir y cómo decir.
- Intentaremos que nuestro lenguaje verbal (lo que decimos), el paralenguaje (tono que utilizamos) y el lenguaje no verbal sean coherentes.
- Hay que asegurar la bidireccionalidad.



ENTORNO

- Buscar el espacio físico adecuado
- En consulta: paciente, familiar y profesional
- En domicilio: ambiente tranquilo
- Paciente: acompañado
- Evitar horas nocturnas
- Tener en cuenta determinadas circunstancias personales y familiares
- Tiempo sin prisa
- Teléfono = off
- Edad del paciente
- Veracidad y adecuados a la respuesta

Sentarse junto o enfrente del paciente y decirle con la mirada: "aquí estoy, vengo a contarte lo que pasa y a apoyarte en todo lo que pueda"

HABILIDADES


SILENCIO


ESCUCHA ACTIVA


EMPATIA


ASERTIVIDAD

ESTRATEGIAS

- Escala de las 6 etapas

PRIMERA ETAPA

- ✓ Preparar el entorno: lugar, hora del día, momento, apoyo familiar…

SEGUNDA ETAPA

- ✓ ¿Qué sabe?¿Qué te han dicho en el hospital?¿Estás preocupado por la enfermedad?¿Qué piensas tú del dolor?

TERCERA ETAPA

- ✓ ¿Qué quiere saber?
- ✓ ¿Quieres que te comente algo de tu enfermedad?
- ✓ Esta ETAPA **ES DIFICIL** porque a muchos pacientes les cuesta decidir si quieren saber o no y puede requerir varias entrevistas.

CUARTA ETAPA

- ✓ Compartir la información.
- ✓ Solo si en la anterior etapa el paciente expresa su deseo de ser informado.
- ✓ Tras la información debemos hacer un resumen comprobando qué ha entendido el paciente y enfatizando las posibilidades terapéuticas y/o curativas si las hay.

QUINTA ETAPA

- ✓ Responder a los sentimientos del paciente.
- ✓ Sólo si somos capaces de apoyar al paciente en sus emociones estaríamos moralmente autorizados a informar.
- ✓ Las reacciones más frecuentes son ansiedad, miedo, tristeza, agresividad, negación y ambivalencia.
- ✓ Puede aparecer la soledad más profunda, sobre todo si la información no ha sido clara y compartida por el entorno.

SEXTA ETAPA

- ✓ Informamos, recogemos la respuesta emocional y le ofrecemos un plan de cuidados.
- ✓ Concretamos el seguimiento, frecuencia de entrevistas, visitas domiciliarias y nuestra disponibilidad.
- ✓ Debemos explorar, directa o indirectamente, todos aquellos síntomas que puedan ser aliviados.

INFORMAR DE SITUACIONES INESPERADAS

- Informar a los familiares de un suceso inesperado es aconsejable utilizar la técnica narrativa
- Ir narrándole a los familiares el acontecimiento desde el principio para que se vayan adaptando a la nueva realidad.
- Para esto debemos tener habilidades para ello.



Decimos que sería conveniente establecer un sistema de información entre los servicios de urgencias hospitalarios y los profesionales de atención primaria en el momento de informar estas situaciones inesperadas, sobre todo de las muertes.

Resumen: *Comunicar malas noticias es una práctica frecuente en nuestra profesión y, por lo tanto, se desatiende la formación en esta materia de habilidades de comunicación. Ser poco hábiles dando malas noticias puede generar un sufrimiento innecesario y un deterioro en la relación sanitario paciente posterior. Saber manejar las malas noticias puede disminuir el impacto emocional en el momento de ser informado. Disminuye nuestro nivel de ansiedad como profesionales en situaciones que son difíciles y aumenta nuestro nivel de satisfacción.*

Palabras Clave: *Noticias; información; familia.*

¿Qué son malas noticias?

Son aquellas que afectan negativamente a las expectativas de la persona, bien por ser ella la directamente afectada por la enfermedad o por ser alguna persona de su entorno.

Generalmente, quien debe decidir si es o no una mala noticia debe ser la persona sobre quien recae el problema.

Dar o no malas noticias

La duda de informar se produce PRINCIPALMENTE en el caso de las enfermedades con repercusión en el tiempo de vida. Con enfermedades crónicas informamos y ofrecemos atención posterior a la información del diagnóstico, en algunos casos el seguimiento está perfectamente organizado en protocolos y cada profesional sabe qué tareas debe realizar.

En el caso de las enfermedades crónicas con pobre pronóstico vital, nos surge la duda de informar.

Motivos para informar

1. La Ley General de Sanidad ampara el derecho a la información.
2. Una persona no informada no puede tomar decisiones.
3. Además de decisiones respecto al proceso podrá, si lo desea, organizar temas laborales, familiares, etc. Si el enfermo y su entorno conocen el diagnóstico y pronóstico pueden compartir el sufrimiento y vivir este periodo del final de la vida de forma más o menos significativa. Hay dos situaciones en las que no estamos obligados a informar:
    - Cuando el paciente expresa el deseo de no ser informado.
    - En situación de privilegio terapéutico, cuando la información le va a producir un daño psicológico muy grave.

Papel de la familia

La familia va a ser el principal soporte emocional y físico del paciente. La familia y el paciente, van pasando por diferentes fases y después del primer impacto emocional va a expresar sus propias necesidades, sus miedos y sus inseguridades respecto a la evolución del paciente. Si apoyamos a la familia estamos apoyando indirectamente al paciente.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Si insisten en no informar, podemos ofrecerles nuestro silencio informativo salvo que el paciente nos confirme que desea ser informado.

Cómo dar malas noticias

Intentaremos que nuestro lenguaje verbal, el paralenguaje y el lenguaje no verbal sean coherentes. La información la daremos usando frases cortas y vocabulario lo más neutro posible. Hay que facilitar que el paciente o su familiar pregunten todo lo que desee. Es importante al final de las entrevistas resumir lo dicho, asegurándonos de que el paciente ha entendido.

Entorno

Es importante buscar el espacio físico adecuado, siendo conveniente evitar pasillos y habitaciones compartidas. A ser posible, informar personalmente y evitar el teléfono.

Propiciar que el paciente esté acompañado cuando le vayamos a informar o esperar con él hasta que llegue algún familiar si hemos tenido que informarle estando solo. El profesional debe buscar un tiempo sin prisa para, tras informar, responder inicialmente a las emociones que se van a despertar en el paciente.

Habilidades

1. Silencio: Es una herramienta de información y de terapia. Un silencio del profesional reafirma al paciente en esa reflexión y, en este sentido, creemos que el silencio informa.
2. Escucha activa: Propicia una baja reactividad que significa no interrumpir, esperar a que el paciente acabe antes de empezar a hablar.
3. Empatía: Definiéndola como la solidaridad emocional: “entiendo que debes estar sufriendo mucho”, y la legitimación de esta emoción: “cualquiera en tu lugar sufriría”.
4. Asertividad: Que el paciente crea que sabemos lo que hacemos y que se sienta respetado en sus opiniones.

Estrategias

Vamos a comentar en detalle la estrategia de Buckman porque permite recorrer el proceso de cómo informar al paciente.

Llamada también estrategia de las 6 etapas. Deben ser recorridas de la primera a la sexta, en orden, con el ritmo que el paciente indique y quedándonos en la que el paciente desee.

PRIMERA ETAPA: Preparar el entorno: lugar, hora del día, momento, apoyo familiar…

SEGUNDA ETAPA: ¿Qué sabe?¿Qué te han dicho en el hospital?¿Estás preocupado por la enfermedad?¿Qué piensas tú del dolor?

TERCERA ETAPA: ¿Qué quiere saber? ¿Quieres que te comente algo de tu enfermedad? Esta etapa es difícil porque a muchos pacientes les cuesta decidir si quieren saber o no y puede requerir varias entrevistas.

CUARTA ETAPA: Compartir la información. Solo si en la anterior etapa el paciente expresa su deseo de ser informado. Tras la información debemos hacer un resumen comprobando qué ha entendido el paciente y enfatizando las posibilidades terapéuticas y/o curativas si las hay.

QUINTA ETAPA: Responder a los sentimientos del paciente. Sólo si somos capaces de apoyar al paciente en sus emociones estaríamos moralmente autorizados a informar. Las reacciones más frecuentes son ansiedad, miedo, tristeza, agresividad, negación y ambivalencia. Puede aparecer la soledad más profunda, sobre todo si la información no ha sido clara y compartida por el entorno.

SEXTA ETAPA: Informamos, recogemos la respuesta emocional y le ofrecemos un plan de cuidad. Concretamos el seguimiento, frecuencia de entrevistas, visitas domiciliarias y nuestra disponibilidad. Debemos explorar, directa o indirectamente, todos aquellos síntomas que puedan ser aliviados

Informar de situaciones inesperadas.

Cuando se trata de informar a los familiares de un suceso inesperado es aconsejable utilizar la técnica narrativa.

Estas situaciones son cada vez más frecuentes en nuestro medio deberemos ir adquiriendo las habilidades apropiadas para informar a los familiares para apoyarles emocionalmente desde el primer momento.

Por eso decimos que sería conveniente establecer un sistema de información entre los servicios de urgencias hospitalarios y los profesionales de atención primaria para poder hacer un seguimiento familiar en caso de que se necesitase. En el momento de informar estas situaciones inesperadas, sobre todo de las muertes.

Bibliografía

- Lizarraga S, Ayarra M. Malas noticias y apoyo emocional. ANALES Sis San Navarra. 2001; 24 (2).
- Mirón R. Comunicación de malas noticias: perspectiva enfermera. Rev Esp Com Sal. 2010; 1(1): 39-49.
- Vázquez A, Moya R, et al. Actuación de enfermería ante las malas noticias en urgencias. 2015; 1 (103).

Capítulo 185

Parálisis braquial obstétrica. Una aproximación desde la evidencia

Rodríguez López, Elena

López Gil, María del Pilar

PARÁLISIS BRAQUIAL OBSTÉTRICA, UNA APROXIMACIÓN DESDE LA EVIDENCIA.

REVISIÓN SISTEMÁTICA



INTRODUCCIÓN

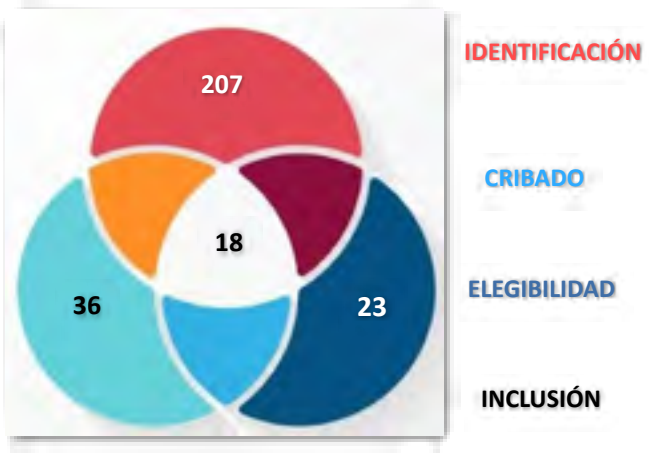
La parálisis braquial obstétrica (PBO) es una lesión del plexo braquial del neonato, que se produce en el momento del parto, con una incidencia variable entre 0.3 y 5%. El diagnóstico debe realizarse en el momento del nacimiento para iniciar un tratamiento fisioterápico precoz, con el propósito de prevenir secuelas y evitar el tratamiento quirúrgico.

El objetivo de esta revisión sistemática es conocer la evidencia científica disponible de las diferentes modalidades de abordaje fisioterápico de la PBO y describir su etiología, incidencia, mecanismos de producción, factores de riesgo, manejo y cuadro clínico.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda en las bases de datos PubMed, PEDro y Cinahl, empleando como término clave principal la estructura ("obstetric brachial plexus palsy" OR "obstetrical brachial plexus palsy" OR " obstetric brachial plexus injury" OR "brachial plexus birth palsy" OR "perinatal brachial plexus injury") en combinación con los términos referentes a las técnicas de fisioterapia, aplicando un límite temporal de 8 años.

Se incluyeron un total de 18 estudios cuantitativos que investigaban la eficacia de diferentes intervenciones de fisioterapia en sujetos menores de 18 años con diagnóstico de PBO.



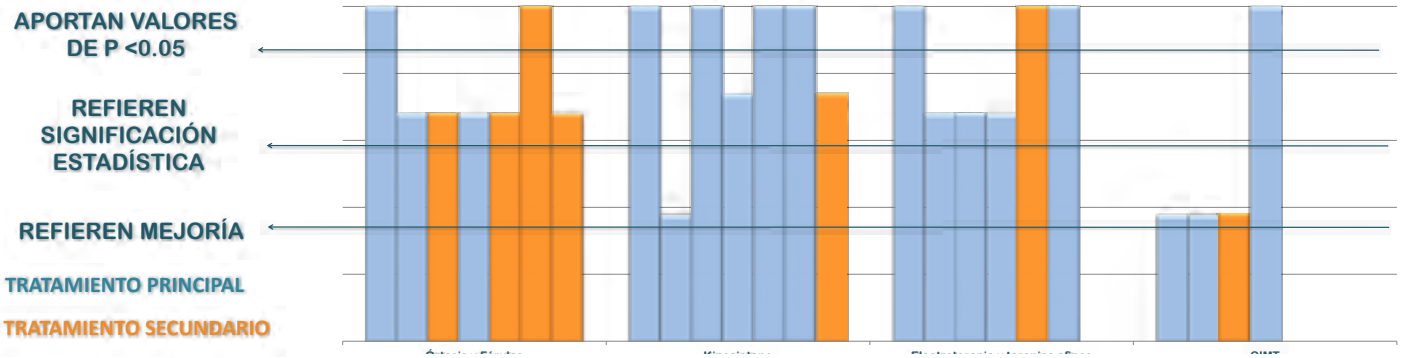
RESULTADOS

A pesar de haber encontrado mejoría en todos los tratamientos en los ítems analizados, pocos estudios pueden afirmar de forma estadísticamente significativa mediante valores aceptados de P (< 0,05) la eficacia de su intervención.

CONCLUSIONES

Muchos estudios reflejan la eficacia de la fisioterapia en PBO en contraste con los que aportan evidencia científica sobre las diferentes técnicas en el abordaje de esta patología, por lo tanto, se sugiere la elaboración de nuevos estudios con estructura y diseño capaz de aportar mayor evidencia y fiabilidad sobre la fisioterapia en PBO.

INTERVENCIONES



Resumen: *La parálisis braquial obstétrica (PBO) es una lesión del plexo braquial del neonato, con una incidencia entre 0.3 y 5 % de cada 1000 nacidos vivos. Se realizó una revisión sistemática con 18 estudios extraídos de PubMed, PEDro y Cinahl, con el objetivo de conocer la evidencia disponible sobre las diferentes modalidades de abordaje fisioterápico de la PBO. Aunque muchos estudios reflejan la eficacia de la fisioterapia en PBO, pocos aportan evidencia científica, por lo tanto, se sugiere la elaboración de nuevos estudios con estructura y diseño capaz de aportar mayor evidencia y fiabilidad sobre la fisioterapia en PBO.*

Palabras Clave: *«Obstetric brachial plexus palsy»; «electrical stimulation»; "virtual reality".*

Introducción

La parálisis braquial obstétrica (PBO), se define como una paresia flácida del miembro superior del neonato, causada por una lesión del plexo braquial en el momento del parto.

La incidencia de la PBO no se conoce con precisión y varía dependiendo del tipo de estudio y la localización geográfica. Algunos estudios coinciden en que el rango de incidencia se encuentra entre un 0.3 y 5 % de cada 1000 nacidos vivos.

La clínica de la PBO depende de la zona lesionada y de la extensión del traumatismo. Teniendo en consideración la gravedad de la lesión, se diferencian dos tipos: lesión preganglionar o por avulsión y lesión postganglionar o por ruptura. Mientras que atendiendo a la localización del nivel de la lesión, se distinguen tres tipos: lesión superior o Duchenne- Erb, lesión media o de Kumpkle o Parálisis del plexo total.

El manejo de la PBO requiere a un equipo multidisciplinar y el enfoque del tratamiento se realiza en base a los datos obtenidos en la anamnesis y pruebas complementarias, además de la evolución de la parálisis de los músculos comprometidos.

Metodología

Se realizó una revisión sistemática de los artículos publicados en las bases de datos PubMed, PEDro y Cinahl. En primer lugar, se realizó una búsqueda de sinónimos del término clave Obstetrical brachial plexus palsy (OBPP) siendo («obstetric brachial plexus palsy» OR «obstetrical brachial plexus palsy» OR « obstetric brachial plexus injury» OR «brachial plexus birth palsy» OR «perinatal brachial plexus injury»), el bloque común de las combinaciones en las búsquedas.

En segundo lugar, se realizaron las búsquedas combinando de forma individual, el bloque del término principal con los diferentes términos clave referentes a las posibilidades de tratamiento fisioterápico (obstetric brachial plexus palsy» OR «obstetrical brachial plexus palsy» OR « obstetric brachial plexus injury» OR «brachial plexus birth palsy» OR «perinatal brachial plexus injury») AND "physical therapy", («kinesio tape» OR «therapeutic tape»), exercise, («electrical stimulation» OR electrotherapy), «constraint induced movement therapy», "virtual reality", ("splinting OR orthosis"), "electrical stimulation".

Se incluyeron en esta revisión estudios cuantitativos que investigaban la evidencia sobre las técnicas de fisioterapia en el tratamiento de niños con diagnóstico de Parálisis Braquial Obstétrica, publi-

ISBN: 978-84-949197-6-3

cados a partir del año 2010. Todos los estudios incluidos aplicaban una intervención que combinaba técnicas de fisioterapia con tratamiento quirúrgico o toxina botulínica.

Resultados

El resultado que se tuvo en cuenta en la selección de los estudios fue la recuperación, que podía ser expresada como una mejoría en los diferentes parámetros evaluados en cada estudio.

Síntesis de resultados

En cuanto a las características de los sujetos, se observó que la edad variaba en función del estudio, siendo entre los 3 y 15 años el rango de edad al que pertenecían la mayoría de los participantes. Con respecto al género un 64% pertenece al género masculino frente a un 36% que representa el género femenino.

El tipo de PBO varía, en función del estudio analizado. Con respecto a la localización del nivel de lesión, se presentaron 297 sujetos con PBO tipo Duchenne- Erb, 15 sujetos con PBO tipo Duchenne- Erb extendida, 6 sujetos con PBO tipo Kumpkle y 3 sujetos con PBO total. En 23 de los sujetos estudiados, no se especifica el nivel de lesión.

Intervenciones y resultados

Férulas y órtesis: Yasuwaka et al. 2014 y Ho et al. 2010 basaron sus intervenciones en los efectos de las férulas y órtesis sobre la PBO, ambos consiguiendo una mejoría en la Escala Melbourne y funcionalidad del MS respectivamente. Otros tres estudios incluyeron férulas y órtesis como parte de su tratamiento, consiguiendo también mejorías en la funcionalidad del MS afecto.

Kinesiotape: Seis estudios emplearon el Kinesiotape como intervención principal, frente a un único estudio, que lo incluyó en combinación con otras técnicas. Aunque todos reportaron mejoría en las variables estudiadas, no pudieron aportar diferencias estadísticamente significativas.

Electroterapia y terapias afines: Seis estudios emplearon la electroterapia y terapias afines como parte de su intervención. Únicamente Elnaggar 2016 con una intervención basada en electroestimulación y programa de ejercicios y Sarhan et al. 2013 mediante magnetoterapia y programa de ejercicios aportaron mejoría estadísticamente significativas.

Terapia de restricción- inducción del movimiento (CIMT): Vaz et al. 2010, Santamato et al. 2011, Berggren et al. 2015 y Kamal et al. 2013 incluyeron CIMT como parte de su intervención, pero solo Kamal et al. 2013 reportaron mejorías estadísticamente significativas.

Otras técnicas: Todos los estudios emplearon técnicas adicionales al tratamiento principal. Aunque no se puede asegurar la influencia de dichas técnicas sobre los resultados de los estudios, se puede exponer la frecuencia de uso de cada técnica, siendo los estiramientos musculares, cinesiterapia y técnicas de facilitación de la contracción muscular las más empleadas.

Conclusion

La PBO es una patología compleja, en la que además de la lesión anatómica, se dan circunstancias que determinan las características del niño como paciente, como la edad, patologías asociadas, estado cognitivo o situación familiar.

Los resultados de esta revisión exponen la amplia variedad de intervenciones posibles, y la dificultad de sacar conclusiones acerca de la efectividad de un tratamiento. A pesar de haber encontrado mejoría en todos los tratamientos, pocos estudios pueden afirmar de forma estadísticamente significativa la eficacia de su intervención.

Lo destacado en el párrafo anterior junto con la falta de documentación que permita contrastar las diferentes técnicas, justifica la necesidad de futuras investigaciones mediante ensayos clínicos aletorizados que permitan conocer la evidencia de los diferentes de tratamientos de fisioterapia posibles.

Bibliografía

1. Vergara Amador EM. Parálisis Obstétrica del Pexo Braquial. Revisión del Estado Actual de la Enfermedad. Rev Fac Med Univ Nac Colomb [Internet]. 2014;62(2):255–63. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112014000200012&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
2. El- Shamy, Alsharif R. Effect of virtual reality versus conventional physiotherapy on upper extremity function in children with obstetric brachial plexus injury. 2017; 1-8.
3. Abdel-Kafy EM, Kamal HM, Elshemy SA. Effect of modified constrained induced movement therapy on improving arm function in children with obstetric brachial plexus injury. Egypt J Med Hum Genet [Internet]. 2013;14(3):299–305. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.ejmhg.2012.11.006.
4. Russo SA, Zlotolow DA, Chafetz RS, Rodriguez LM, Kelly D, Linamen H, et al. Efficacy of 3 therapeutic taping configurations for children with brachial plexus birth palsy. J Hand Ther. 2016; 31-4.
5. Yasukawa A, Uronis J. Effectiveness of the dynamic movement orthosis glove for a child with cerebral palsy hemiplegia and obstetric brachial plexus palsy: A case series. J Prosthetics Orthot. 2014;26(2): 107-12.

Capítulo 186

Penfigoide ampolloso, abordaje de enfermería: A propósito de un caso.

Risalde Santos, Blas Manuel

Soriano García, Francisca

López Sánchez, Ana Belén

Fernández-Espartero Moreno-Chocano, María del Mar

Sánchez Fuentes, Alicia

PENFIGOIDE AMPOLLOSO, ABORDAJE DE ENFERMERÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO

XI CONGRESO DE INVESTIGACIÓN SATSE CIUDAD REAL

INTRODUCCIÓN

El penfigoide ampolloso es una enfermedad ampollosa autoinmune causada por anticuerpos dirigidos contra componentes de la membrana basal. Se trata de la enfermedad ampollosa más frecuente en los paises desarrollados en la población adulta. Se caracteriza, clínicamente, por la aparición de lesiones urticariformes o eccematosas muy pruriginosas sobre las que pueden aparecer al cabo de un tiempo variable **ampollas tensas**. Inicialmente aparecen vesículas, pero posteriormente pueden transformarse en ampollas que llegan a alcanzar un tamaño grande y suelen tener contenido seroso o hemorrágico. Se localizan principalmente en el tronco y en la superficie flexora de las extremidades.

OBJETIVOS

- **Conocer e identificar las lesiones elementales de la enfermedad.**
- **Establece criterios uniformes para el abordaje de la cura tópica, desde el ámbito de la atención primaria.**
- **Prevenir la sobreinfección bacteriana y acelerar la cicatrización.**
- **Paliar el dolor y favorecer el confort del paciente.**





METODOLOGÍA

Mujer de 77 años que avisa a domicilio por cuadro de dolor intenso en región dorsal derecha, de varios días de evolución, acompañado de prurito y escozor. Se evidencian lesiones compatibles con herpes zoster (vesículas con halo eritematoso). Ante el empeoramiento del cuadro se deriva al servicio de urgencias hospitalarias. Ingresa a cargo de Medicina Interna, hallándose una única ampolla a tensión (10x4cm aprox.), sin eritema perilesional pero con induración de la zona. Drenan la ampolla y realizan estudio del líquido obtenido, siendo negativo para Virus Herpes Simplex-1, Herpes Simplex-2 y Varicela-Zoster. Tinción de Gram: no se observan leucocitos polimorfonucleares ni microorganismos. Cultivo en aerobiosis: negativo. Deciden alta hospitalaria, seguimiento en consultas externas de Dermatología y curas tópicas por enfermería en atención primaria.

Para la elaboración del protocolo de cura se realizó una búsqueda bibliográfica, en buscador MEDES, usando como palabras clave: penfigoide ampolloso, cura fisiológica y proceso cicatrización. Los procedimientos aplicados se basaron en la evidencia científica que aportan los artículosrevisados.

RESULTADOS

PLAN DE ACTUACIÓN DERMATOLOGÍA (40 DÍAS EVOLUCIÓN):

- CURAS TÓPICAS CON MUPIROCINA/ POVIDONA YODADA.CURAS CADA 24 HORAS.
- EMPEORAMIENTO: NECROSIS EN LECHO DE LA HERIDA. COLAGENASA, SULFADIACINA ARGÉNTICA Y URGOTUL®. CURAS CADA 48 HORAS.
- CONTINUA ESCARA SECA: DESBRIDAMIENTO QUIRÚRGICO, INTRASITE® Y SULFADIACINA ARGÉNTICA. CURAS CADA 24 HORAS.





PLAN DE ACTUACIÓN ENFERMERÍA ATENCIÓN PRIMARIA
OBJETIVO CURA: CURA FISIOLÓGICA (40 días evolución)

- FASE CATABÓLICA (ESCARA SECA):
  - Antisepsia con gasas impregnadas en clorhexidina al 1% 10 minutos.
  - Desbridamiento quirúrgico de ESCARA SECA con bisturi, en condiciones de esterilidad.
  - Desbridamiento enzimático: colagenasa (Iruxol mono ®).
  - **PIEL PERILESIONAL Y BORDES:** ácidos grasos hiperoxigenados en emulsión (MEPHENTOL LECHE®).
  - Apósito primario: malla impregnada en petrolato con distribución anfótera, adaptado a la morfología de la lesión (Urgotul ®).
  - Cuerpo absorbente, gasas de algodón, y oclusión con apósito secundario adhesivo transpirable.
- FASE ANABÓLICA (TEJIDO GRANULACIÓN):
  - Antisepsia igual que en fase anterior.
  - Aportamos al lecho glucosaminglicano: ÁCIDO HIALURÓNICO. HIGROSCOPICO: GRAN PODER DE HIDRATACIÓN MATRIZ EXTRACELULAR.
  - Piel perilesional y bordes igual.
  - Apósito primario, cuerpo absorbente y oclusión.





CONCLUSIONES

En la cura fisiológica, es fundamental, identificar la fase en la que se encuentra la herida para no interferir en el proceso fisiológico de reparación de los tejidos. Estas fases pueden coexistir debiendo valorar y tratar de forma distinta cada zona. En fase catabólica, con necrosis, el desbridamiento quirúrgico es el tratamiento de elección combinando con el enzimático. En fase anabólica, con tejido de granulación el empleo de ácido hialurónico, en el lecho de la lesión, favorece la neoformación de tejido y acelera la cicatrización de la herida. Es fundamental la hidratación de la piel perilesional con ácidos grasos hipercoxigenados y aplicar apósitos primarios, adaptados a la morfología de la herida, ya que favorece la formación de fibroblastos y, por tanto, acelera la curación.



BIBLIOFRAFÍA

1. Fuertes De Vega I, Iranzo-Fernández P, Mascaró-Galy JM . Penfigoide ampolloso: guía de manejo práctico. Actas Dermo-Sifiliográficas 2014;105(4): 328-346.
2. González Ramírez A, Romero De Ávila AI, Mazoteras Muñoz V, Astilleros Mora Se. Penfigoide bulloso: abordaje multidisciplinar de un síndrome dermatológico en el anciano. Revista Española de Geriatría y Gerontología 2012;47(1): 40-41.

Resumen: *El penfigoide ampolloso es una enfermedad ampollosa autoinmune causada por anticuerpos dirigidos contra componentes de la membrana basal. El objetivo de este trabajo es establecer criterios uniformes para el abordaje de la cura tópica, desde el ámbito de la atención primaria. Presentamos, cómo caso clínico, mujer de 77 años que debuta con lesiones ampollosasen región dorsal posterior derecha que, rápidamente, evoluciona a una necrosis profunda.*

Concluyendo que el desbridamiento quirúrgico es el tratamiento de elección, combinando con el enzimático, ante una necrosis y en fase anábolica, con tejido de granulación, el empleo de ácido hialurónico favorece la neoformación de tejido.

Palabras Clave: *Penfigoide ampolloso; pénfigo enfermería; pénfigo anciano.*

Introducción

El penfigoide ampolloso es una enfermedad ampollosa autoinmune causada por anticuerpos dirigidos contra componentes de la membrana basal. Se trata de la enfermedad ampollosa más frecuente en los paises desarrollados en la población adulta. Se caracteriza, clínicamente, por la aparición de lesiones urticariformes o eccematosas muy pruriginosas sobre las que pueden aparecer al cabo de un tiempo variable ampollas tensas. Inicialmente aparecen vesículas, pero posteriormente pueden transformarse en ampollas que llegan a alcanzar un tamaño grande y suelen tener contenido seroso o hemorrágico. Se localizan principalmente en el tronco y en la superficie flexora de las extremidades.

Objetivos

- Conocer e identificar las lesiones elementales de la enfermedad. Establece criterios uniformes para el abordaje de la cura tópica, desde el ámbito de la atención primaria.
- Prevenir la sobreinfección bacteriana y acelerar la cicatrización.
- Paliar el dolor y favorecer el confort del paciente.

Metodología

Mujer de 77 años que avisa a domicilio por cuadro de dolor intenso en región dorsal derecha, de varios días de evolución, acompañado de prurito y escozor. Se evidencian lesiones compatibles con herpes zoster (vesículas con halo eritematoso). Ante el empeoramiento del cuadro se deriva al servicio de urgencias hospitalarias. Ingresa a cargo de medicina interna, hallándose una única ampolla a tensión (10 x 4 cm aprox.), sin eritema perilesional pero con induración de la zona. Drenan la ampolla y realizan estudio del líquido obtenido, siendo negativo para Virus Herpes Simplex-1, Herpes Simplex-2 y Varicela-Zoster. Tinción de Gram: No se observan leucocitos polimorfonucleares ni microorganismos.

Cultivo en aerobiosis: Negativo. Deciden alta hospitalaria, seguimiento en consultas externas de Dermatología y curas tópicas por enfermería en atención primaria.

Para la elaboración del protocolo de cura se realizó una búsqueda bibliográfica, en buscador MEDES, usando como palabras clave: Penfigoide ampolloso, cura fisiológica y proceso cicatrización. Los procedimientos aplicados se basaron en la evidencia científica que aportan los artículos revisados.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Resultados

Plan de actuación enfermería atención primaria

OBJETIVO CURA: CURA FISIOLÓGICA (40 días evolución) ❑ FASE CATABÓLICA (ESCARA SECA):

- Antisepsia con gasas impregnadas en clorhexidina al 1 % 10 minutos.
- Desbridamiento quirúrgico de escara seca con bisturí, en condiciones de esterilidad.
- Desbridamiento enzimático: Colagenasa (Iruxol mono ®).
- Piel perilesional y bordes: Ácidos grasos hiperoxigenados en emulsión.

(MEPHENTOL LECHE®).

- Apósito primario: malla impregnada en petrolato con distribución anfótera, adaptado a la
- morfología de la lesión (Urgotul ®).
- Cuerpo absorbente, gasas de algodón, y oclusión con apósito secundario adhesivo
- transpirable. ❑ FASE ANABÓLICA (TEJIDO GRANULACIÓN):
- Antisepsia igual que en fase anterior.
- Aportamos al lecho glucosaminglicano: Ácido hialurónico. Higroscópico:

GRAN PODER DE HIDRATACIÓN MATRIZ EXTRACELULAR.

- Piel perilesional y bordes igual.
- Apósito primario, cuerpo absorbente y oclusión.

Conclusiones

En la cura fisiológica, es fundamental, identificar la fase en la que se encuentra la herida para no interferir en el proceso fisiológico de reparación de los tejidos. Estas fases pueden coexistir debiendo valorar y tratar de forma distinta cada zona. En fase catabólica, con necrosis, el desbridamiento quirúrgico es el tratamiento de elección combinando con el enzimático. En fase anábolica, con tejido de granulación el empleo de ácido hialurónico, en el lecho de la lesión, favorece la neoformación de tejido y acelera la cicatrización de la herida. Es fundamental la hidratación de la piel perilesional con ácidos grasos hiperoxigenados y aplicar apósitos primarios, adaptados a la morfología de la herida, ya que favorece la formación de fibroblastos y, por tanto, acelera la curación.

Bibliografía

1. Fuertes De Vega I, Iranzo-Fernández P, Mascaró-Galy JM . Penfigoide ampolloso: guía de manejo práctico. Actas Dermo-Sifiliográficas 2014;105(4): 328-346.
2. González Ramírez A, Romero De Ávila Al, Mazoteras Muñoz V, Astilleros Mora Se. Penfigoide bulloso: abordaje multidisciplinar de un síndrome dermatológico en el anciano. Revista Española de Geriatría y Gerontología 2012;47(1): 40-41.

Capítulo 187

Percepción de la adecuada evaluación y manejo del dolor en uci por profesionales de enfermería

Muñoz Camargo, Juan Carlos

Vázquez Rodríguez-Barbero, Inmaculada

Muñoz-Torrero Peña, Alicia

Garrido Avileo, Anastasio

Puebla Martín, Amadeo

Rubio Serrano, María Pilar

PERCEPCION DE LA ADECUADA EVALUACION Y MANEJO DEL DOLOR EN UCI POR PROFESIONALES DE ENFERMERIA.

AUTORES:

INTRODUCCION

El dolor en el paciente crítico puede tener diferentes orígenes, que abarcan desde la propia patología que motiva el ingreso del paciente hasta las técnicas y cuidados necesarios para su manejo. Un estudio multicéntrico evidenció que entre el 50-65% de los pacientes críticos incluidos sufrieron dolor; y el 15% de ellos refirieron un dolor de intensidad moderada a severa durante más del 50% de su estancia hospitalaria. Con todo esto se justifica la importancia de evaluar el dolor en todos los pacientes de UCI ya que, además, el dolor puede generar complicaciones, dificultades en la adaptación paciente-ventilador y también, porque una correcta analgesia representa un derecho del paciente.

MATERIAL Y METODOS

Diseño y población de estudio:

Se elaboró un estudio descriptivo y transversal en una UCI de un hospital de nivel II, siendo la población de estudio el personal de enfermería asignado a la unidad.

Selección de la muestra:

No se realizó ningún tipo de muestreo ya que se invitó a participar a toda la plantilla de enfermería del citado servicio.

Instrumento para la recogida de datos:

Para la realización del estudio se elaboró una hoja de recogida de variables sociodemográficas que incluían: (edad, sexo, tiempo de experiencia laboral, tiempo de experiencia en UCI) y variables relacionadas con el conocimiento adecuado tanto para la detección como el manejo del dolor en UCI. Se les pregunto también a los participantes si consideraban que el dolor en su unidad era correctamente evaluado y tratado. La recogida de datos fue realizada por los miembros del equipo investigador.

Análisis de los datos:

En primer lugar se utilizó estadística descriptiva: medidas de frecuencia para las variables discretas (frecuencia y frecuencia relativa), medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar) para las variables continuas. En segundo lugar, estadística inferencial: la prueba de la "t" de Student y U de Mann-Whitney si se demostraba que la variable no tenía distribución normal. Las variables cualitativas se relacionaron mediante el test de Chi^2. Los cálculos se hicieron con el programa estadístico SPPS 23.0. Los test estadísticos fueron considerados significativos si el nivel crítico observado era inferior al 5% ($p<0,05$).

Consideraciones éticas:

Se solicitó la autorización a los participantes. El trabajo se elaboró respetando la legalidad vigente nacional e internacional. El equipo garantizó siempre la confidencialidad de todos los datos recopilados en el estudio y el anonimato de los mismos.

OBJETIVO

Evaluar si lo profesionales de enfermería consideran tener unos conocimientos adecuados para la detección y el manejo del dolor en UCI.

Constatar si la percepción de conocimientos adecuados en la detección del dolor se ve influenciada por el género y la experiencia en UCI.



Figura 1

RESULTADOS

Participaron 75 profesionales de los cuales un 72% (54) fueron mujeres frente a un 28% (21) que fueron hombres. La edad media se situó en 40±8,5 años. La edad de los hombres fue superior a la de las mujeres, P=0,03. El tiempo de experiencia en UCI puede verse en la figura 1. El 89,3% (67) cree que el dolor no se evalúa correctamente en la unidad (figura 2), y tan solo un 20% (15) cree que el dolor se trata correctamente (figura 3). Un 76% (57) no ha recibido formación específica sobre el manejo del dolor en UCI, reconociendo el 66,7% (50) que no tiene conocimientos adecuados para manejar el dolor en el paciente crítico. Un 69,3% (52) considera que no tiene conocimientos suficientes para la valoración objetiva del dolor de los pacientes críticos. Se encontraron diferencias entre el tiempo de experiencia en UCI y tener conocimientos suficientes para la valoración correcta del dolor, P=0,03 (figura 4). El análisis bivariado entre el género de los participantes y conocimientos suficientes para la valoración del dolor no fue significativo, p=0,1, figura 5.

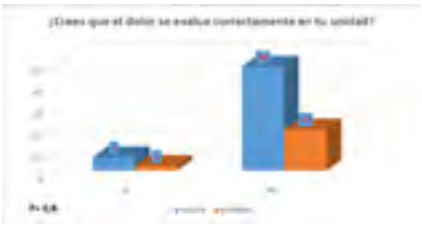


Figura 2



Figura 3



Figura 4



Figura 5

CONCLUSIONES

Se objetiva un conocimiento inadecuado para la detección y abordaje del dolor en el paciente crítico, tal vez, relacionado con la escasa formación recibida. La variable género no influye en el nivel de conocimientos. La experiencia del tiempo en UCI se asocia a un mayor conocimiento excepto en el rango de experiencia de 15-20 años.

Resumen: *El dolor en el paciente crítico puede tener diferentes orígenes, que abarcan desde la propia patología que motiva el ingreso del paciente hasta las técnicas y cuidados necesarios para su manejo. El objetivo fue evaluar si los profesionales de enfermería consideran tener unos conocimientos adecuados para la detección y el manejo del dolor en UCI. Participaron 75 profesionales de los cuales un 72 % (54) fueron mujeres frente a un 28 % (21) que fueron hombres. Se objetiva un conocimiento inadecuado para la detección y abordaje del dolor en el paciente crítico, tal vez, relacionado con la escasa formación recibida.*

Palabras Clave: *Valoración del dolor; unidad de cuidados intensivos; analgesia.*

Introducción

El dolor en el paciente crítico puede tener diferentes orígenes, que abarcan desde la propia patología que motiva el ingreso del paciente hasta las técnicas y cuidados necesarios para su manejo. Un estudio multicéntrico evidenció que entre el 50-65 % de los pacientes críticos incluidos sufrieron dolor; y el 15 % de ellos refirieron un dolor de intensidad moderada a severa durante más del 50 % de su estancia hospitalaria. Con todo esto se justifica la importancia de evaluar el dolor en todos los pacientes de UCI ya que, además, el dolor puede generar complicaciones, dificultades en la adaptación paciente-ventilador y también, porque una correcta analgesia representa un derecho del paciente.

Objetivo

- Evaluar si lo profesionales de enfermería consideran tener unos conocimientos adecuados para la detección y el manejo del dolor en UCI.
- Constatar si la percepción de conocimientos adecuados en la detección del dolor se ve influenciada por el género y la experiencia en UCI.

Metodología

Diseño y población de estudio: Se elaboró un estudio descriptivo y transversal en una UCI de un hospital de nivel II, siendo la población de estudio el personal de enfermería asignado a la unidad.

Selección de la muestra: No se realizó ningún tipo de muestreo ya que se invitó a participar a toda la plantilla de enfermería del citado servicio.

Instrumento para la recogida de datos: Para la realización del estudio se elaboró una hoja de recogida de variables sociodemográficas que incluían: (edad, sexo, tiempo de experiencia laboral, tiempo de experiencia en UCI) y variables relacionadas con el conocimiento adecuado tanto para la detección como el manejo del dolor en UCI. Se les pregunto también a los participantes si consideraban que el dolor en su unidad era correctamente evaluado y tratado. La recogida de datos fue realizada por los miembros del equipo investigador.

Análisis de los datos: En primer lugar se utilizó estadística descriptiva: medidas de frecuencia para las variables discretas (frecuencia y frecuencia relativa), medidas de tendencia central (media)

ISBN: 978-84-949197-6-3

y de dispersión (desviación estándar) para las variables continuas. En segundo lugar, estadística inferencial: la prueba de la "t" de Student y U de Mann-Whitney si se demostraba que la variable no tenía distribución normal. Las variables cualitativas se relacionaron mediante el test de Chi2

Consideraciones éticas: Se solicitó la autorización a los participantes. El trabajo se elaboró respetando la legalidad vigente nacional e internacional. El equipo garantizó siempre la confidencialidad de todos los datos recopilados en el estudio y el anonimato de los mismos.

Resultados

Participaron 75 profesionales de los cuales un 72% (54) fueron mujeres frente a un 28% (21) que fueron hombres. La edad media se situó en 40+8,5 años. La edad de los hombres fue superior a la de las mujeres, P=0,03. El 26,6% (21) tiene una experiencia entre 10 y 15 años. El 89,3% (67) cree que el dolor no se evalúa correctamente en la unidad, y tan solo un 20% (15) cree que el dolor se trata correctamente. Un 76% (57) no ha recibido formación específica sobre el manejo del dolor en UCI, reconociendo el 66,7% (50) que no tiene conocimientos adecuados para manejar el dolor en el paciente crítico. Un 69,3% (52) considera que no tiene conocimientos suficientes para la valoración objetiva del dolor de los pacientes críticos. Se encontraron diferencias entre el tiempo de experiencia en UCI y tener conocimientos suficientes para la valoración correcta del dolor, P=0,03. El análisis bivariado entre el género de los participantes y conocimientos suficientes para la valoración del dolor no fue significativo, p=0,1.

Conclusiones

Se objetiva un conocimiento inadecuado para la detección y abordaje del dolor en el paciente crítico, tal vez, relacionado con la escasa formación recibida. La variable género no influye en el nivel de conocimientos. La experiencia del tiempo en UCUI se asocia a un mayor conocimiento excepto en el rango de experiencia de 15-20 años.

Bibliografía

1. Pardo C, Muñoz T, Chamorro C. Y GRUPO DE TRABAJO DE ANALGESIA Y SEDACIÓN DE LA SEMICYUC. Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. Med Intensiva. 2008;32 Supl 1:38-44.
2. Gélinas C: Management of pain in cardiac surgery ICU patients: Have we improved over time? Intensive Crit Care Nurs 2007; 23:298–303.
3. De Jong A, Molinari N, de Lattre S, et al: Decreasing severe pain and serious adverse events while moving intensive care unit patients: A prospective interventional study (the NURSE-DO project). Crit Care 2013; 17:R74.
4. Puntillo KA, Max A, Timsit JF, Vignoud L, Chanques G, Robleda G, et al. Determinants of procedural pain intensity in the intensive care unit. The Europain® study. Am J Respir Crit Care Med. 2014;189:39-47.

Capítulo 188

Percepción de mujeres víctimas de violencia de género respecto a la atención recibida por profesionales de medicina y enfermería

Chaparro León, María

PERCEPCIÓN DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO RESPECTO A LA ATENCIÓN RECIBIDA POR PROFESIONALES DE MEDICINA Y ENFERMERÍA

Autor:

1. INTRODUCCIÓN

La **Violencia De Género (VG)** es un problema de salud pública, social y una violación de los derechos humanos. Desde 2003 van 984 asesinadas por VG en España. Las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como «todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada». La OMS indican que una de cada tres mujeres en el mundo han sufrido VG. Un 38% de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja masculina. En los centros sanitarios existen protocolos de VG. Uno de los protocolos que el Ministerio de España destaca es el Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género de 2012, que establece una pauta de actuación normalizada y homogénea para el SNS. La dependencia emocional, la indefensión aprendida y el ciclo de la VG son tres conceptos que los profesionales sanitarios deben manejar.

2. OBJETIVOS

- Determinar, según la experiencia de la propia víctima, como afecta la VG a la salud.
- Conocer la experiencia vivida en los centros sanitarios de las mujeres víctimas de VG
- Conocer cómo perciben las víctimas la actuación de los profesionales sanitarios frente a episodios de VG, así como su capacidad de empatizar y el conocimiento que tienen sobre conceptos claves relacionados con la VG.
- Percepción sobre el conocimiento de los protocolos por parte de los Profesionales.
- Mejorar la detección y abordaje ante casos de violencia de género a nivel del profesional sanitario.

3. MATERIAL Y MÉTODO

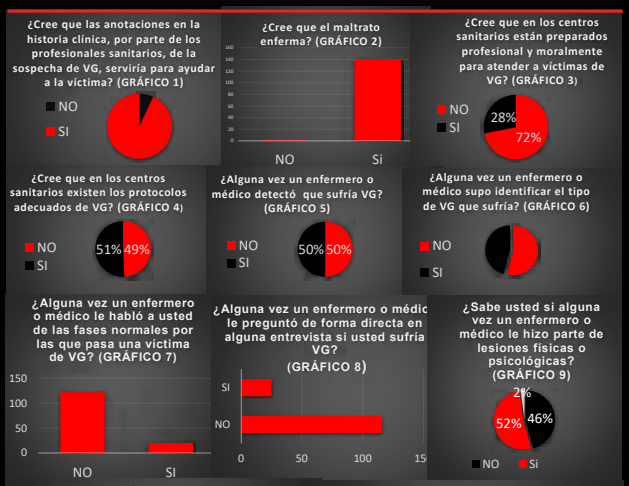
Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal basado en la cumplimentación de cuestionarios autoadministrados de elaboración propia. El cuestionario consta de diferentes preguntas con respuestas dicotómicas SI/NO y algunas preguntas con respuesta de opción múltiple SI/NO/NOSÉ.

La muestra se selecciona mediante muestreo por conveniencia. Se accede a las mujeres por conocimiento directo de estos casos, y por entrega de los cuestionarios a diferentes psicólogos que trabajan en la materia en los juzgados de Ciudad Real y en diferentes Centros de la Mujer de diferentes localidades de la provincia de Ciudad Real, por mujeres supervivientes de violencia de género mediante la fundación Ana Bella y la Asociación Alma. El cuestionario fue respondido mediante papel y mediante formato online.

Análisis estadístico

Los valores obtenidos en cada una de las variables fueron introducidos en una base de datos SPSS versión 23.0 para su explotación estadística. Las variables cuantitativas se expresan como media con su desviación estándar (DE) o mediana con su rango. Las variables cualitativas se presentan como número total de eventos y porcentaje.

4. RESULTADOS



Todas las mujeres entrevistadas han sido víctimas de VG. El 99,3% (141) consideran que los profesionales de enfermería deberían manejar la empatía y ponerse en el lugar de la víctima de VG.

El 100% (142) consideran que los profesionales de enfermería deberían formarse para manejar conceptos como dependencia emocional, indefensión aprendida y ciclo de la VG. El 93% de estas mujeres consideran que las anotaciones en la historia clínica por parte de los sanitarios ante la sospecha de VG es importante (Gráfica 1). El 98,6% (140) consideran que el maltrato enferma (Gráfica 2). El 72% (102) creen que los centros sanitarios están preparados para estos casos (Gráfica 3). El 51% cree que existen los protocolos adecuados en los centros sanitarios (Gráfico 4). La mitad de las mujeres aseguran que un enfermero/a o médico/a detectó la VG por la estaban pasando, frente a la otra mitad que asegura que no (Gráfica 5). De las 142 mujeres, 65 mujeres aseguran que los sanitarios identificaron el tipo de VG que sufrían, frente a las 77 mujeres que aseguran que no

(Gráfico 6). En cuanto a su médico/a y enfermero/a solo el 14.1% de las mujeres recibieron información de las fases del Ciclo de la VG (Gráfico 7), solo al 17,6% de estas mujeres le preguntaron de forma directa si sufría VG (Gráfico 8), solo al 52% le hicieron parte de lesiones (Gráfico 9), el 7,7% afirman que registraron en su historia clínica que sufría VG o que existía sospecha de ello (Gráfico 10), la mayoría (136) segura que no les citaron en ningún centro sanitario para preguntarles por la relación con su pareja o sobre VG (Gráfico 11), la mayoría (133 mujeres) aseguran que cuando han ido al centro sanitario por diferentes motivos nunca les preguntaron si sufrían VG dentro de la entrevista (Gráfico 12), solo al 24% le hablaron de la posibilidad de poner una denuncia por VG (Gráfico 13), solo al 23,2% le hablaron de las opciones para salir de la VG (Gráfico 14) y al 43% las derivaron al psicólogo o centro de la mujer (Gráfico 15). En cuanto a sus enfermeros/as al 97,9% de estas mujeres no le hablaron del teléfono 016 (Grafico 16), solo al 13% le explicaron conceptos sobre VG empatizando con ellas (Gráfico 17) y solo el 10,6% de estas mujeres creen que manejan los conceptos de dependencia emocional, indefensión aprendida o el ciclo de VG (Gráfico 18), el 73,2% creen que no saben tratar a la víctimas de VG (Gráfico 19), el 28% creen que no están concienciados con la VG (Gráfico 20), el 68% cree que juzgan a las víctimas de VG (Gráfico 21), el 71,1% creen que no saben actuar en estos casos con menores de por medio, ni en casos de abusos sexuales (Gráfico 22 y 23).

5. CONCLUSIONES

- Las mujeres consideran que los profesionales sanitarios deberían mejorar en aspectos como la empatía y el conocimiento sobre conceptos relacionados con la VG.
- Aunque existan protocolos adecuados, existen carencias por parte de los profesionales en aspectos relacionados con la información a las mujeres, la detección precoz y el seguimiento de los casos de VG.
- La percepción de las mujeres víctimas de violencia es negativa en muchos aspectos respecto a los enfermeros/as, por lo que se debería hacer más hincapié en la formación y conocimiento de protocolos en estos casos; así como conocer en profundidad aspectos de sobre esta VG tan compleja, para poder mejorar la detección y abordaje correctos.

Resumen: *Este estudio observacional, descriptivo y transversal se basa en analizar la percepción de mujeres víctimas de Violencia de Género (VG) respecto a la atención recibida por profesionales de medicina y enfermería. En el estudio participan 142 mujeres supervivientes de la violencia de género. Se demuestra con este estudio que los profesionales sanitarios deben mejorar en aspectos como la empatía y el conocimiento sobre conceptos de VG, que deben mejorarse los protocolos existentes para estos casos y que la percepción de estas mujeres es negativa respecto a la atención de enfermeros por falta de formación y por el desconocimiento de protocolos.*

Palabras Clave: *Violencia contra las mujeres; maltrato conyugal; violencia de género.*

Introducción

la violencia de género (VG) es un problema de salud pública, social y una violación de los derechos humanos. Las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como «todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada». La OMS indica que una de cada tres mujeres en el mundo han sufrido VG. En los centros sanitarios existen protocolos de VG. La dependencia emocional, la indefensión aprendida y el ciclo de la VG son tres conceptos que los profesionales sanitarios deben manejar.

Objetivos

Existen cinco objetivos principales:

1. Determinar como afecta la VG a la salud.
2. Conocer la experiencia vivida en los centros sanitarios de las mujeres víctimas de VG.
3. Conocer cómo perciben las víctimas la actuación de los sanitarios frente a episodios de VG.
4. Conocer su capacidad de empatizar y el conocimiento que tienen sobre conceptos claves relacionados con la VG.
5. Mejorar la detección y abordaje ante casos de violencia de género a nivel del profesional sanitario.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal basado en la cumplimentación de cuestionarios autoadministrados de elaboración propia. El cuestionario consta de diferentes preguntas. La muestra se selecciona mediante muestreo por conveniencia. Se accede a las mujeres por conocimiento directo de estos casos, y por entrega de los cuestionarios a diferentes psicólogos que trabajan en la materia en los juzgados de Ciudad Real y en diferentes Centros de la Mujer de diferentes localidades de la provincia de Ciudad Real, por mujeres supervivientes de violencia de género mediante la fundación Ana Bella y la Asociación Alma.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Los valores obtenidos en cada una de las variables fueron introducidos en una base de datos SPSS versión 23.0 para su explotación estadística. Las variables cuantitativas se expresan como media con su desviación estándar (DE) o mediana con su rango. Las variables cualitativas se presentan como número total de eventos y porcentaje.

Resultados

Todas las mujeres entrevistadas han sido víctimas de VG.

El 99,3 % (141) consideran que los profesionales de enfermería deberían manejar la empatía y ponerse en el lugar de la víctima de VG.

El 100 % (142) consideran que los profesionales de enfermería deberían formarse para manejar conceptos como dependencia emocional, indefensión aprendida y ciclo de la VG.

El 93 % de estas mujeres consideran que las anotaciones en la historia clínica por parte de los sanitarios ante la sospecha de VG es importante.

El 98,6 % (140) consideran que el maltrato enferma.

El 72 % (102) creen que los centros sanitarios están preparados para estos casos.

El 51 % cree que existen los protocolos adecuados en los centros sanitarios.

La mitad de las mujeres aseguran que un enfermero/a o médico/a detectó la VG por la que estaban pasando, frente a la otra mitad que asegura que no.

De las 142 mujeres, 65 mujeres aseguran que los sanitarios identificaron el tipo de VG que sufrían, frente a las 77 mujeres que aseguran que no.

En cuanto a su médico/a y enfermero/a solo el 14.1 % de las mujeres recibieron información de las fases del Ciclo de la VG, solo al 17,6 % de estas mujeres le preguntaron de forma directa si sufría VG, solo al 52 % le hicieron parte de lesiones, el 7,7 % afirman que registraron en su historia clínica que sufría VG o que existía sospecha de ello, la mayoría (136) asegura que no les citaron en ningún centro sanitario para preguntarles por la relación con su pareja o sobre VG, la mayoría (133 mujeres) aseguran que cuando han ido al centro sanitario por diferentes motivos nunca les preguntaron si sufrían VG dentro de la entrevista, solo al 24 % le hablaron de la posibilidad de poner una denuncia por VG, solo al 23,2 % le hablaron de las opciones para salir de la VG y al 43 % las derivaron al psicólogo o centro de la mujer.

En cuanto a sus enfermeros/as al 97,9 % de estas mujeres no le hablaron del teléfono 016, solo al 13 % le explicaron conceptos sobre VG empatizando con ellas y solo el 10,6 % de estas mujeres creen que manejan los conceptos de dependencia emocional, indefensión aprendida o el ciclo de VG, el 73,2 % creen que no saben tratar a la víctimas de VG, el 28 % creen que no están concienciados con la VG, el 68 % cree que juzgan a las víctimas de VG, el 71,1 % creen que no saben actuar en estos casos con menores de por medio, ni en casos de abusos sexuales.

Conclusiones

Se demuestra que las mujeres consideran que los profesionales sanitarios deberían mejorar en aspectos como la empatía y el conocimiento sobre conceptos relacionados con la VG; que aunque existan protocolos adecuados, existen carencias por parte de los profesionales en aspectos relacio-

nados con la información a las mujeres, la detección precoz y el seguimiento de los casos de VG; también se demuestra que la percepción de las mujeres víctimas de violencia es negativa en muchos aspectos respecto a los enfermeros/as, por lo que se debería hacer más hincapié en la formación y conocimiento de protocolos en estos casos, así como conocer en profundidad aspectos de sobre esta VG tan compleja, para poder mejorar la detección y abordaje correctos.

Bibliografía

1. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad - Secretaría de Estado de Igualdad - Por una sociedad libre de violencia de género - Protocolo de actuación http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/informacionUtil/espanolas/protocolo/home.htm.
2. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad - Secretaría de Estado de Igualdad - Por una sociedad libre de violencia de género - Protocolos de actuación http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/protocolos.
3. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad - Secretaría de Estado de Igualdad - Por una sociedad libre de violencia de género - Estadísticas, encuestas, estudios e investigaciones. http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/home.htm.
4. Violencia contra la mujer. https://www.who.int/topics/gender_based_violence/es/.
5. Chaparro León M. Intervenciones de enfermería en violencia de género con dependencia emocional. [El Ejido]: Letrame; 2018.

Capítulo 189

Percepción del profesorado sobre el manejo de alumnos con diabetes y la creación en los centros educativos de la enfermera escolar

López García, María Paz

López Santos, Celia

de la Morena Aguirre, Francisca

López de Mota de la Morena, Carmen María

Jiménez Gordillo, María Dolores

PERCEPCIÓN DEL PROFESORADO SOBRE EL MANEJO DE ALUMNOS DIABÉTICOS Y LA CREACIÓN EN LOS CENTROS EDUCATIVOS DE LA ENFERMERA ESCOLAR

AUTORES:

INTRODUCCIÓN



La diabetes mellitus (DM) supone uno de los principales problemas de salud en el mundo, siendo la enfermedad crónica endocrinológica más frecuente en la edad pediátrica, y la segunda en la infancia tras el asma.

Las últimas estadísticas disponibles en Castilla la Mancha (CLM) (2007), indican que la población de riesgo en menores de 15 años se eleva hasta el 14,8% de la población.

Este aumento de la DM en la población infantil incrementa la probabilidad de encontrarse con alumnado que la padezca, siendo por ello necesario conocer la preparación de los centros educativos, así como, el conocimiento que tiene el profesorado a cargo de estos alumnos y sus capacidades/habilidades para posibles urgencias diabetológicas, debido a que la figura de la enfermera escolar aún no está muy desarrollada ni implantada en la mayoría de los centros educativos.

Actualmente, esta función se desarrolla desde los centros de salud, mediante las revisiones del programa del niño sano, aunque lo ideal, sería realizarlo de forma directa en los centros escolares.

OBJETIVOS

- Evaluar las actitudes y percepción del profesorado sobre la preparación de los centros público para atender a los alumnos con diabetes.
- Identificar las necesidades de los alumnos que sufren DM.
- Evaluar la necesidad de implantación de profesionales de enfermería en los centros escolares y la actitud del profesorado al respecto.

MATERIAL Y MÉTODO

DISEÑO: Estudio observacional descriptivo en el que se analizan las respuestas a un cuestionario de actitud sobre la preparación de los centros educativos, para atender a los alumnos con DM. El cuestionario se envía por correo electrónico a los centros educativos de Ciudad Real y provincia, donde existen centros públicos de educación. Se reciben respuestas de varios centros de la provincia de Toledo.

INSTRUMENTO DE MEDIDA: Cuestionario anónimo autoadministrado (21 ítems) de respuestas cerradas, adaptado y modificado del cuestionario validado por Canal San Laureano, F. y colaboradores. Se incluyen datos sociodemográficos de los participantes.

PARTICIPANTES: Docentes de centros educativos de Educación Primaria, Secundaria y de Formación Profesional de la provincia de Ciudad Real, en su mayoría y algunos centros de la provincia de Toledo. Se accede a los participantes mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. La cumplimentación del cuestionario se consideró como aceptación a la participación del estudio. Se siguiendo los requerimientos de la Ley de protección de datos española (Ley 15/1999 de 13 de diciembre).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Los valores obtenidos en cada una de las variables fueron introducidos en una base de datos SPSS versión 23.0 para su explotación estadística. Las variables cualitativas se presentan como número total de eventos y porcentaje.

RESULTADOS

Se han analizado las respuestas al cuestionario de actitud y percepción sobre la preparación de centros educativos públicos para atender a los alumnos con DM y la valoración de los docentes sobre la implantación de la enfermera escolar. Se obtuvo una muestra total de 194 participantes de varios centros públicos de Ciudad Real y provincia y también de algunos centros de la provincia de Toledo.

La distribución por edad y sexo de los participantes y el tipo de centro al que pertenecen, se muestran en los **gráficos 1, 2 y 3 respectivamente**.

Observamos que un 85,6% de los docentes tienen actualmente o han tenido en años anteriores alumnos con DM. De ellos un 29,4% han experimentado casos de hipoglucemia en el aula, siendo un 26,4% de estos los que responden que sí han sabido actuar ante esta complicación. Sin embargo, existe un alto porcentaje de docentes (45,5 %) que reconoce no saber cuál son los síntomas de la misma.

En la **tabla 1**, vemos las capacidades/habilidades de los docentes en el manejo de las complicaciones, así como su conocimiento de la inyección de glucagón y su manejo, si saben si se encuentran en los botiquines de los centros y si hay alguien encargado de administrarla o si estarían dispuestos ellos a usarla en caso de necesidad. También observamos la opinión que tienen frente a la preparación del centro para resolver las urgencias diabetológicas. Un 63,3% afirma que en su centro se llama al servicio de urgencias, frente a un 27,3% que afirman solucionarlo con asesoramiento de personal sanitario y/o de los padres.

La mayoría de los docentes (53%), no se creen capacitados para reconocer una hipo/hiperglucemia, y un 38% no saben si lo estarían. **(Gráfico 4)**. A pesar del desconocimiento sobre la enfermedad sólo un 3,6%dispone de apoyo de un enfermero en su centro. **(Gráfico 5)**.

Un 61,3% de los docentes apoyarían la instauración en los centros educativos de la enfermera escolar. O en su defecto, el 34% opina que el personal de centro debería ser formado para una correcta intervención frente a las posibles complicaciones. **(Gráfico 6)**.

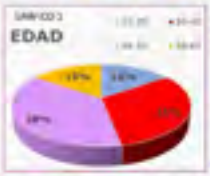






Tabla 1. Opinión de los docentes sobre la preparación de los centros y los docentes

Variable	SI	NO	NS/NC
Capacidad de identificar síntomas de hipoglucemia	56,2%	44,8%	-
Conoce función del glucagón	46,9%	44,8%	-
Disponibilidad de kit de glucagón en el botiquín	10,8%	32,7%	56,5%
Persona encargada de administrar el glucagón en el centro	1,7%	41,8%	41,8%
Disposición del docente para administrar glucagón en caso de necesidad	34,5%	30%	34,8%
Cree el centro preparado para resolver las urgencias diabetológicas	36,5%	40,2%	43,8%
Cree que docentes capacitados para reconocer urgencias diabéticas	8,4%	43,6%	47,5%







CONCLUSIONES

Según los criterios de la American Diabetes Association, la escuela debería garantizar al niño/adolescente con DM un entorno seguro, que le permita un buen control de la misma y la participación en actividades escolares y extraescolares.

Los docentes encuestados, consideran no estar formados específicamente en la atención de alumnos con DM y perciben que sus centros educativos no están capacitados para atender urgencias diabetológicas.

Por todo ello, debería valorarse la instauración de la enfermera escolar en los centros educativos (opción mayoritaria entre los encuestados), o en su defecto la formación de los docentes.

Resumen: *Actualmente en España, la enfermera escolar no está muy desarrollada ni implantada en la mayoría de los centros educativos. La función que ésta desarrollaría en los centros, sobre todo de Educación para la Salud orientada a inculcar hábitos saludables, para así evitar futuras complicaciones, es desarrollada por los profesionales de Atención Primaria. Una de las patologías que puede presentar complicaciones agudas graves y prevenibles es la Diabetes Mellitus (DM).*

Además, se dispone de poca información sobre como perciben los docentes si están preparados ellos y sus centros para atender las necesidades de alumnos con DM, sobre todo cuando hay complicaciones.

Palabras Clave: *Diabetes Mellitus; enfermera escolar; docentes.*

Introducción

La DM supone uno de los principales problemas de salud en el mundo, siendo la enfermedad crónica endocrinológica más frecuente en la edad pediátrica, y la segunda en la infancia tras el asma.

Las últimas estadísticas disponibles en Castilla la Mancha (CLM) (2007), indican que la población de riesgo en menores de 15 años se eleva hasta el 14,8% de la población.

Este aumento de la DM en la población infantil incrementa la probabilidad de encontrarse con alumnado que la padezca, siendo por ello necesario conocer la preparación de los centros educativos, así como, el conocimiento que tiene el profesorado a cargo de estos alumnos y sus capacidades/habilidades para posibles urgencias diabetológicas, debido a que la figura de la enfermera escolar aún no está muy desarrollada ni implantada en la mayoría de los centros educativos.

Actualmente, esta función se desarrolla desde los centros de salud, mediante las revisiones del programa del niño sano, aunque lo ideal, sería realizarlo de forma directa en los centros escolares.

Objetivos

- Evaluar las actitudes y percepción del profesorado sobre la preparación de los centros público para atender a los alumnos con diabetes.
- Identificar las necesidades de los alumnos que sufren DM.
- Evaluar la necesidad de implantación de profesionales de enfermería en los centros escolares y la actitud del profesorado al respecto.

Material y método

Diseño: Estudio observacional descriptivo en el que se analizan las respuestas a un cuestionario de actitud sobre la preparación de los centros educativos, para atender a los alumnos con DM. El cuestionario se envía por correo electrónico a los docentes.

Instrumento de medida: Cuestionario anónimo autoadministrado (21 ítems) de respuestas cerradas, adaptado y modificado del cuestionario validado por Carral San Laureano, F. y colaboradores. Se incluyen datos sociodemográficos de los participantes.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Participantes: Docentes de centros educativos de Educación Primaria, Secundaria y de Formación Profesional (FP) de Ciudad Real y provincia, en su mayoría y algunos centros de la provincia de Toledo. Se accede a los participantes mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. La cumplimentación del cuestionario se consideró como aceptación a la participación del estudio. Se siguieron los requerimientos de la Ley de protección de datos española (Ley 15/1999 de 13 de diciembre).

Análisis estadístico: Los valores obtenidos en cada una de las variables fueron introducidos en una base de datos SPSS versión 23.0 para su explotación estadística. Las variables cualitativas se presentan como número total de eventos y porcentaje.

Resultados

Se han analizado las respuestas al cuestionario de actitud y percepción sobre la preparación de centros educativos públicos para atender a los alumnos con DM y la valoración de los docentes sobre la implantación de la enfermera escolar. Se obtuvo una muestra total de 194 participantes.

En la distribución por edad y sexo encontramos que los participantes mayoritarios se encuentran entre los 36 a los 55 años existiendo una participación mayoritaria de mujeres. Respecto al tipo de centro, la participación en educación primaria es de un 49 %, en secundaria de un 45,9 % y en FP sólo un 4,6 %.

Observamos que un 85,6 % de los docentes tienen actualmente o han tenido años anteriores alumnos con DM. De ellos un 29,4 % han experimentado casos de hipoglucemia en el aula, siendo un 26,4 % de estos los que responden que sí han sabido actuar ante esta complicación. Sin embargo, existe un 45,5 % que reconoce no saber cuál son los síntomas de esta.

Destacamos algunos ítems del cuestionario. En cuanto a sus capacidades/habilidades: Un 56,2 % si cree estar capacitado para medir la glucemia con un glucómetro. Pero aproximadamente 53 % opina que en general no están capacitados para reconocer complicaciones, y un 38 % no saben si lo estarían. Respecto al manejo de la inyección de glucagón, un 60,3 % no la conoce, más del 50 % dice que no saben si la tienen en el botiquín del centro y tan sólo el 25,8 % reconoce que sí disponen de ella. Un 5,7 % dice tener en su centro una persona encargada de administrarla. A pesar de la falta de formación de los docentes, un 54,6 % sí que estarían dispuestos a administrar el glucagón en caso de urgencia. Sobre la preparación del centro para atender y controlar las complicaciones, tan sólo un 16,5 % responde que si lo están.

Cuando surgen complicaciones un 63,3 % afirma que su centro se llama al servicio de urgencias, frente a un 27,3 % que lo solucionan con asesoramiento de personal sanitario y/o de los padres.

A pesar de la poca preparación de centros y docentes, sólo un 3,6 % dispone de apoyo de un enfermero/a en su centro.

El último ítem propone elegir qué hacer para mejorar el control de los alumnos diabéticos. Un 61,3 % de los docentes apoyarían la instauración en los centros educativos de la enfermera escolar y un 34 % opina que el personal de centro debería ser formado para una correcta intervención frente a las posibles complicaciones.

Conclusiones

Según los criterios de la American Diabetes Association, la escuela debería garantizar al niño/adolescente con DM un entorno seguro, que le permita un buen control de esta y la participación en actividades escolares y extraescolares.

Los docentes encuestados, consideran no estar formados específicamente en la atención de alumnos con DM y perciben que sus centros educativos no están capacitados para atender urgencias diabetológicas.

Por todo ello, debería valorarse la instauración de la enfermera escolar en los centros educativos (opción mayoritaria entre los encuestados), o en su defecto la formación de los docentes.

Bibliografía

1. Carral San Laureano F, Gutiérrez Manzanedo J, Moreno Vides P, de Castro Maqueda G, Fernández Santos J, Ponce González J et al. 1. Actitudes y percepción del profesorado de centros educativos públicos sobre la atención a alumnos con diabetes tipo 1. Endocrinol Diabetes Nutr. 65(4):213-219; [Internet]. www.elsevier.es. 2018 [cited 19 March 2019]; Available from: https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-diabetes-nutricion-13-articulo-actitudes-percepcion-del-profesorado-centros-S2530016417302781.

2. Calvo C. 2. ¿Cómo es la atención de los niños diabéticos en el colegio? [Internet]. www.elsevier.es/enfermeriaclinica. 2008 [cited 7 March 2019]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/250776183_Como_es_la_atencion_de_los_ninos_diabeticos_en_el_colegio.

3. Plan integral de diabetes mellitus de Castilla-La Mancha 2007-2010 [Internet]. Pagina.jccm.es. 2007 [cited 8 April 2019]. Available from: http://pagina.jccm.es/sanidad/salud/PIDMCLM07.pdf.

4. Giralt Muiña P, Ballester Herrera M, Palomo Atance E, Angulo Donado J, Sánchez G, Santillana Ferrer L. Estudio epidemiológico de la diabetes tipo 1, en menores de 15 años en Castilla-La Mancha. An Pediatr (Barc). 2012;76(2):83-91. [Internet]. www.sciencedirect.com. 2012 [cited 19 March 2019]. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403311001056.

Capítulo 190

Plasma rico en plaquetas

Mora Hidalgo, María Reyes

Calatrava Muñoz, Rosa María

Notario Galan, Cristina María

Morote Cumplido, Elena

Aparicio Hernández, Cristina

PLASMA RICO EN PLAQUETAS (PRP)

Introducción

El **Plasma Rico en Plaquetas** (PRP) es un material biológico autólogo que se obtiene de la misma sangre del paciente, tomando una muestra por punción venosa y centrifugándose para separar los distintos componentes. Una porción del centrifugado contiene plasma rico en plaquetas. Estas poseen una gran número de "factores de crecimiento" que promueven la migración y división celular y tienen el potencial de estimular la respuesta reparativa de los tejidos dañados. En los últimos años se ha reconocido el potencial beneficio del PRP en el tratamiento de lesiones crónicas y agudas del sistema músculo esquelético (tendones, ligamentos y músculos).
Al ser autólogo, hay riesgo mínimo de reacciones inmunes o de trasmisión de enfermedades infecciosas o contagiosas que son extremadamente raras. Principales riesgos de infección local (<1%) y dolor en sitio de inyección.

El objetivo es infiltrar con **PRP** autólogo a través de ecografía guiada en el hombro derecho, espacio subacromial y tendón supraespinoso para estimular, favorecer e iniciar el proceso de cicatrización, regeneración y reparación del tejido


Foto 1

Observación Clínica

Paciente mujer de 64 años que presenta dolor e impotencia funcional de varios meses de evolución en el hombro derecho con diagnostico de Bursitis, trabajadora en el campo de Restauración, sin antecentes de interés, no AMC.


Foto 2

Plan de cuidados enfermero

1. Explicar el procedimiento de la intervención al paciente.
2. Preparar material para la flebotomía; se extraerán unos 60 ml de sangre mediante punción venosa con una palomilla y dos jeringas de 30 ml precargadas con 4 ml de ACD (ácido citrato dextrosa, utilizado para prevenir la coagulación, enlazándose con el calcio en la sangre). **(Foto 1).**
3. Introducir la sangre en la cámara del plasma a través del puerto rojo a la velocidad de 1 ml / segundo (un contenedor por jeringa).
4. Colocar los contenedores en la centrifugadora, cerrar la compuerta y presionar el botón de inicio de ciclo (que durará 14 minutos). Tras este ciclo, abrimos la compuerta y sacamos los contenedores de manera vertical con mucho cuidado, observando que el plasma se ha separado correctamente. **(Foto 3).**
5. Preparar el campo estéril: 2 pares de guantes estériles, jeringas de 10ml y 1 ml, agujas (intramuscular, subcutánea y de carga), apósito, gasas, funda de transductor de ecógrafo.
6. Realizar el lavado de manos aséptico. Nos pondremos los guantes estériles y con la jeringa de 10 ml y aguja con tope amarillo del kit, puncionamos el puerto blanco y extraemos el PPP (plasma pobre en plaquetas, fluído amarillo) desechándolo en el contenedor de residuos biológicos. **(Foto 5).**
7. Extraer PRP a través del mismo puerto, con jeringa de 10 ml y aguja con tope blanco. **(Foto 6).**
8. Añadir a la jeringa con PRP 0,5 ml de Gluconato Cálcico por cada mililitro obtenido, mezclándolo suavemente. De esta manera se activarán las plaquetas del plasma previamente a inyectar.
9. Pintar con Povidona yodada el campo quirúrgico a tratar. El traumatólogo administrá Mepivacaina 2% subcutánea como anestésico local y localizará a través de ecografía guiada el tejido dañado a infiltrar con PRP. **(Foto 7).**
10. Ocluir la zona de punción con el apósito, recoger campo y desechar material utilizado una vez infiltrado el plasma.

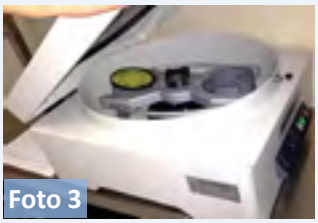

Foto 3


Foto 4

NANDA	NOC	NIC
00162 Disposición para mejorar la gestión de la salud	**1813** Conocimiento: régimen terapéutico **1808** Conocimiento : Medicación	**5616** Enseñanza: Medicamentos Prescritos **5618** Enseñanza :Procedimiento / Tratamiento **2380** Manejo de la Medicación **4420** Acuerdo con el paciente
00182 Disposición para mejorar el autocuidado	**1823** Conocimiento: fomento de la salud	**5618** Enseñanza: procedimiento/tratamiento
00046 Deterioro de la integridad cutánea	**1902** Control del riesgo	**3590** Vigilancia de la piel
00048 Deterioro de la integridad tisular	**1101** Integridad tisular: piel y membranas mucosas	**3590** Vigilancia de la piel **3660** Cuidados de las heridas **6540** Control de infecciones


Foto 5

Discusión y conclusiones

COMPOSICIÓN DEL PRP:

- ✓ PLAQUETAS: componente principal, juegan un papel crítico en varios aspectos del proceso de curación. Liberan moléculas de adhesión que apoyan la formación de coágulos para la hemostasia, péptidos antimicrobianos para controlar infecciones y factores de crecimiento, que dirigen la angiogénesis, resolución de inflamación y el tejido de regeneración.
- ✓ GLÓBULOS BLANCOS : protección del cuerpo contra las infecciones y coordinación de la respuesta inflamatoria.
- ✓ CÉLULAS MADRE PERIFÉRICAS: reconstruyen y reparan el tejido dañado en un sitio lesionado. Las plaquetas liberan varios factores de crecimiento, que funcionan para inducir la migración de células madre al tejido dañado durante el proceso de curación.
- ✓ GRANULOCITOS: células de "respuesta inmediata" para la prevención de infecciones, mediadores clave de la respuesta inflamatoria mediante fagocitosis y liberación de especies reactivas de oxígeno.
- ✓ LINFOCITOS: Los linfocitos T ayudan a regular la función de otras células inmunitarias y atacan directamente varias células infectadas y tumores. Los linfocitos B producen anticuerpos, que son proteínas que atacan bacterias, virus y otros materiales extraños no deseados.
- ✓ MONOCITOS: Asisten en el reconocimiento de patógenos, eventualmente se convierten en macrófagos que engullen y destruyen patógenos.

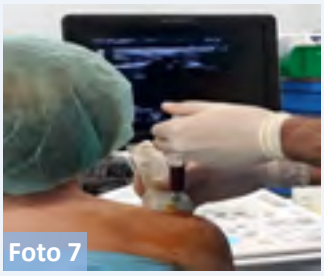
El uso de PRP, es aprovechar los componentes biológicos naturales de la sangre, que pueden ayudar a optimizar las condiciones de curación, mejorar la respuesta inflamatoria , controlar la infección y promover la angiogénesis.

En comparación con otros productos biológicos (concentrado de médula ósea y tejido adiposo), posee concentraciones más altas de plaquetas, que facilitan la curación mediante la liberación de factores de crecimiento; ofrece una alternativa a los tratamientos generalizados, proporcionando alivio a corto plazo al enmascarar el dolor y la inflamación, en lugar de abordar la causa de la lesión directamente a través de la reparación del tejido dañado.


Foto 6

BIBLIOGRAFÍA:

https://www.worldcat.org/title/conservacion-de-la-sangre-en-acd-y-diferentes-tipos-de-cpd-a-4-c/oclc/69707709, http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552015000200011; https://www.vademecum.es/principios-activos-calcio+gluconato-a12aa03


Foto 7

Resumen: *El Plasma rico en plaquetas (PRP) es un material biológico autólogo (plaquetas, glóbulos blancos, células madre, granulocitos, linfocitos, factores de crecimiento…, que minimiza reacciones inmunes, enfermedades infecciosas o contagiosas) obtenido de la sangre del paciente por punción venosa con un posterior centrifugado, separando los componentes e infiltrándolos a través de ecografía guiada en la zona de la lesión.*

Optimiza la curación, mejora la respuesta inflamatoria, controla la infección, promueve la angiogénesis, migración y división celular, estimulando la respuesta reparativa del tejido dañado regenerándolo, utilizándolo en lesiones agudas y crónicas del sistema músculo esquelético, ofreciendo una alternativa a los tratamientos generalizados.

Palabras Clave: *Plasma; autólogo; factores de crecimiento.*

Introducción

El plasma rico en plaquetas (PRP) es un material biológico autólogo que se obtiene de la misma sangre del paciente, tomando una muestra por punción venosa y centrifugándose para separar los distintos componentes. Una porción del centrifugado contiene plasma rico en plaquetas. Estas poseen una gran número de "factores de crecimiento" que promueven la migración y división celular y tienen el potencial de estimular la respuesta reparativa de los tejidos dañados. En los últimos años se ha reconocido el potencial beneficio del PRP en el tratamiento de lesiones crónicas y agudas del sistema músculo esquelético (tendones, ligamentos y músculos).

Al ser autólogo, hay riesgo mínimo de reacciones inmunes o de trasmisión de enfermedades infecciosas o contagiosas que son extremadamente raras. Principales riesgos de infección local ((<1%) y dolor en sitio de inyección.

El objetivo es infiltrar con PRP autólogo a través de ecografía guiada en el hombro derecho, espacio subacromial y tendón supraespinoso para estimular, favorecer e iniciar el proceso de cicatrización, regeneración y reparación del tejido

Observación clínica

Paciente mujer de 64 años que presenta dolor e impotencia funcional de varios meses de evolución en el hombro derecho con diagnóstico de Bursitis, trabajadora en el campo de Restauración, sin antecedentes de interés, no AMC.

Plan de cuidados enfermero

1. Explicar el procedimiento de la intervención al paciente.
2. Preparar material para la flebotomía; se extraerán unos 60 ml de sangre mediante punción venosa con una palomilla y dos jeringas de 30 ml precargadas con 4 ml de ACD (ácido citrato dextrosa, utilizado para prevenir la coagulación, enlazándose con el calcio en la sangre).
3. Introducir la sangre en la cámara del plasma a través del puerto rojo a la velocidad de 1 ml / segundo (un contenedor por jeringa).
4. Colocar los contenedores en la centrifugadora, cerrar la compuerta y presionar el botón de inicio de ciclo (que durará 14 minutos). Tras este ciclo, abrimos la compuerta y sacamos los contenedores de manera vertical con mucho cuidado, observando que el plasma se ha separado correctamente.
5. Preparar el campo estéril: 2 pares de guantes estériles, jeringas de 10ml y 1 ml, agujas (intramuscular, subcutánea y de carga), apósito, gasas, funda de transductor de ecógrafo.
6. Realizar el lavado de manos aséptico. Nos pondremos los guantes estériles y con la jeringa de 10 ml y aguja con tope amarillo del kit, puncionamos el puerto blanco y extraemos el PPP (plasma pobre en plaquetas, fluido amarillo) desechándolo en el contenedor de residuos biológicos.
7. Extraer PRP a través del mismo puerto, con jeringa de 10 ml y aguja con tope blanco.

ISBN: 978-84-949197-6-3

8. Añadir a la jeringa con PRP 0,5 ml de Gluconato Cálcico por cada mililitro obtenido, mezclándolo suavemente. De esta manera se activarán las plaquetas del plasma previamente a inyectar.
9. Pintar con Povidona yodada el campo quirúrgico a tratar. El traumatólogo administra Mepivacaina 2% subcutánea como anestésico local y localizará a través de ecografía guiada el tejido dañado a infiltrar con PRP.
10. Ocluir la zona de punción con el apósito, recoger campo y desechar material utilizado una vez infiltrado el plasma.

Diagnósticos Enfermeros (NANDA)

00162 Disposición para mejorar la gestión de la salud.

00182 Disposición para mejorar el autocuidado.

Resultados (NOC): 1813 Conocimiento: Régimen terapéutico.
1808 Conocimiento: Medicación.

Actividades (NIC): 5616 Enseñanza: Medicamentos Prescritos.
5618 Enseñanza: Procedimiento / Tratamiento.
2380 Manejo de la medicación.
4420 Acuerdo con el paciente.

Discusión y conclusiones

Composición del PRP:

Plaquetas: Componente principal, juegan un papel crítico en varios aspectos del proceso de curación. Liberan moléculas de adhesión que apoyan la formación de coágulos para la hemostasia, péptidos antimicrobianos para controlar infecciones y factores de crecimiento, que dirigen la angiogénesis, resolución de inflamación y el tejido de regeneración.

Glóbulos blancos: Protección del cuerpo contra las infecciones y coordinación de la respuesta inflamatoria.

Células madre periféricas: Reconstruyen y reparan el tejido dañado en un sitio lesionado. Las plaquetas liberan varios factores de crecimiento, que funcionan para inducir la migración de células madre al tejido dañado durante el proceso de curación.

Granulocitos: Células de "respuesta inmediata" para la prevención de infecciones, mediadores clave de la respuesta inflamatoria mediante fagocitosis y liberación de especies reactivas de oxígeno.

Linfocitos: Los linfocitos T ayudan a regular la función de otras células inmunitarias y atacan directamente varias células infectadas y tumores. Los linfocitos B producen anticuerpos, que son proteínas que atacan bacterias, virus y otros materiales extraños no deseados.

Monocitos: Asisten en el reconocimiento de patógenos, eventualmente se convierten en macrófagos que engullen y destruyen patógenos.

El uso de PRP, es aprovechar los componentes biológicos naturales de la sangre, que pueden ayudar a optimizar las condiciones de curación, mejorar la respuesta inflamatoria, controlar la infección y promover la angiogénesis.

En comparación con otros productos biológicos (concentrado de médula ósea y tejido adiposo), posee concentraciones más altas de plaquetas, que facilitan la curación mediante la liberación de factores de crecimiento; ofrece una alternativa a los tratamientos generalizados, proporcionando alivio a corto plazo al enmascarar el dolor y la inflamación, en lugar de abordar la causa de la lesión directamente a través de la reparación del tejido dañado.

Bibliografía

1. https://www.worldcat.org/title/conservacion-de-la-sangre-en-acd-y-diferentes-tipos-de-cpd-a-4-c/oclc/69707709.
2. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552015000200011.
3. https://www.vademecum.es/principios-activos-calcio+gluconato-a12aa03.

Capítulo 191

Plasmaféresis en el tratamiento de la miastenia gravis. Presentación de caso. Cuidados de enfermería durante la técnica

Domínguez Tapiador, Beatriz

Fernández Melero, Alicia

García Navas, María

Lavín Expósito, Cristina

Campos Rodríguez de Guzmán, Héctor

Ramos Díaz Pabón, Ana

Plasmaféresis en el tratamiento de la Miastenia Gravis. Presentación de caso. Cuidados de enfermería durante la técnica

Introducción:

La Miastenia Gravis es una enfermedad que se caracteriza por debilidad fluctuante y fatiga de los músculos. Es un trastorno crónico autoinmune de la unión neuromotora, que se caracteriza por exacerbaciones y remisiones de debilidad neuromuscular. La alteración de la transmisión neuromuscular debilita seriamente los músculos causando astenia muscular durante el ejercicio. La edad de comienzo puede ser cualquiera aunque se presenta con más frecuencia en edades jóvenes entre los 20-30 años en mujeres y en los varones 50-60 años, siendo mas frecuente en las mujeres. Las medidas terapéuticas son:

1. Farmacológicas: mejoran la transmisión neuromuscular con anticolinérgicos, inmunosupresión con esteroides, citostáticos e inmunoglobulinas intravenosas.
2. Plasmaféresis: para disminuir la concentración sérica de anticuerpos antireceptores que atacan la unión neuromuscular.
3. Tratamiento quirúrgico: timectomía para modular la respuesta inmunológica

En nuestro caso clínico hablaremos del tratamiento con plasmaféresis terapéutica (PFT), es un procedimiento extra corpóreo en el que, a partir de la extracción de sangre total, se separa el plasma del resto de los componentes celulares con el objetivo de disminuir o eliminar determinadas sustancias patológicas que intervienen en la fisiopatológica de la enfermedad. PFT es el procedimiento más utilizado para tratar enfermedades poco frecuentes que ponen en peligro la vida del paciente. Puede emplearse como parte de un tratamiento multidisciplinario en enfermedades neurológicas, hematológicas, renales y auto inmunes, entre otras.



Observación clínica:

Varón de 63 años, diagnosticado de miastenia gravis ocular en el 2017, que acude el 10/ Enero del 2019 al Servicio de Urgencias de nuestro hospital por presentar, desde hacía 4 días, diplopia vertical y leve ptosis palpebral derecha, se diagnostica de crisis miastenica. Llegó al hospital estable hemodinámicamente y eupneico con la siguiente exploración neurológica: "ptosis bilateral de predominio derecho sin necesidad de fatigar, diplopia a los pocos segundos de abrir los ojos, cuenta hasta 21 con una respiración, no hipofonía ni alteración del lenguaje hablando durante más de un minuto. En las primeras 24 horas de ingreso en planta, le administran hasta tres dosis de flebogamma, sufriendo un empeoramiento respiratorio con taquipnea e hipoxemia, por lo que ingresa en UCI

Precisa VMNI que posteriormente alterna con oxigenterapia con gafas nasales de alto flujo, hasta poderse retirar el apoyo respiratorio por completo al 6ºdía. Se mantiene el tratamiento con corticoides y piridoestigmina. Dada su evolución favorable se traslada a planta. Se inicia tratamiento con plasmaféresis al no desaparecer la sintomatología.

El recambio plasmático se va hacer a través de un catéter femoral, que es implantado en dicho servicio mediante medidas de asepsia se realiza recambio plasmático con albumina al 5% 4000 cc en días alternos, a partir de la 2ª sesión se refiere mejoría en el tono de la voz y en la sensación de debilidad en el cuello. Son necesarias 5 sesiones para una completa mejoría

Plan de Cuidados de Enfermería

Objetivo general:

- Determinar los cuidados a aplicar en un paciente con miastenia gravis en fase aguda durante su estancia en la unidad de hemodialisis, en tratamiento con plasmaferesis.

Antes de recibir al paciente prepararemos el monitor plasmaferesis y pediremos tratamiento de albumina al servicio de farmacia. Una vez recibido albumina, terminaremos con el montaje del monitor y conectaremos al paciente mediante medidas de asepsia al acceso femoral. A continuación llevaremos acabo plan de cuidados estandarizados

NANDA	NOC	NIC
Cuidados de enfermería al ingreso (7310)	1921 Preparación antes del procedimiento 0203 Posición corporal	Presentarse a sí mismo y su función en los cuidados. 2. Orientar al paciente y familia sobre las normas y funcionamiento de la unidad. 3. Realizar la valoración de enfermería al ingreso. 4. Establecer el plan de cuidados del paciente, los diagnósticos, resultados e intervenciones. 5. Establecer el procedimiento de identificación y protección de pacientes vulnerables (valoración de riesgos)
00146 – Ansiedad R/C Amenaza de cambio en el estado de salud M/P Síntomas fisiológicos, conductuales, cognitivos y afectivos.	1402 - Autocontrol de la ansiedad Busca información para reducir la ansiedad. Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad. Controla la respuesta de ansiedad	4920 - Escucha Activa Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación Favorecer la expresión de sentimientos 5820 - Disminución de la Ansiedad Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos Proporcionar información objetiva respecto del diagnostico, tratamiento y pronostico
Patrón respiratorio ineficaz r/c debilidad muscular.	403 Estado respiratorio: ventilación 410 Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias 802 Estado de los signos vitales	3140 Manejo de las vías aéreas 3320 Oxigenoterapia 3350 Motorización respiratoria
00046 - Deterioro de la integridad cutánea. R/C Factores mecánicos: Zona de punción repetidas. Vías centrales.	1105 - Integridad del acceso de diálisis. Flujo de volumen de sangre Coloración cutánea periférica distal	3660 - Cuidados de las heridas. Administrar cuidados en la zona de punción Proporcionar cuidados en el sitio de la vía venosa central, si es necesario 2316 - Administración de medicación tópica. Aplicar el fármaco tópico según este prescrito. Controlar si se producen efectos locales, sistémicos y adversos a la medicación
00004 - Riesgo de infección. R/C Procedimientos invasivos: fístulas arteriovenosas, vías centrales (transitorias o permanentes); portadores de estafilococo aureus; déficit de higiene	1902 - Control de riesgo Reconoce los factores de riesgo Sigue las estrategias de control de riesgo seleccionadas Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo	6540 - Control de infecciones Limpieza de la piel del paciente con un agente antibacteriano, si procede. Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando debe informarse de ellos al cuidador. Enseñar al paciente y a la familia a evitar infeccione 3440 Cuidados del sitio de incisión 2300 Administración de medicación 2301 Administración de medicación: entera
Hipertermia: (00007) Elevación de la temperatura corporal por encima de lo normal		2300) Administración de medicación (2301) Administración de medicación: entera
RIESGO DE NÁUSEAS: riesgo de sensación subjetiva y desagradable, como oleadas, en la parte posterior de la garganta, epigastrio o abdomen que puede provocar la urgencia o necesidad de vomitar r/c distensión gástrica por intervenciones farmacológicas	1608 Control del síntoma - Reconoce el comienzo del síntoma. - Utiliza medidas de alivio	Manejo de las náuseas (1450) - Reducir o eliminar los factores personales que desencadenan o aumentan las náuseas (ansiedad, miedo, etc.). - Asegurarse que se han administrado antieméticos eficaces que evitan las náuseas siempre que haya sido posible. - Colocar al paciente de forma adecuada para prevenir la aspiración
Perfusión tisular cerebral ineficaz, riesgo de: (00201) Riesgo de disminución de la circulación tisular cerebral. Hipertension hipotension	0414 Estado cardiopulmonar 0401 Estado circulatorio 1608 Control de síntomas 1902 Control del riesgo	
00148 Temor Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro	1404 Control del miedo	5230 Aumentar el afrontamiento 5580 Información sensorial preparatoria

CONCLUSIONES

En el tratamiento de la miastenia grave se deben considerar dos aspectos terapéuticos diferentes, el tratamiento sintomático y el tratamiento inmunomodulador. La plasmaféresis o el tratamiento con inmunoglobulinas endovenosas deben considerarse como unas técnicas terapéuticas para situaciones transitorias, generalmente graves.

La mejoría experimentada en los casos estudiados permite atribuir un efecto beneficioso de la plasmaferesis, aunque debido al escaso numero de pacientes esta afirmación no es concluyente. En nuestro caso nuestro paciente tubo una evolución favorable, desapareciendo totalmente la sintomatología de la crisis miastenica que sufría. Es una técnica de fácil manejo, efectiva y con leves complicaciones cuando es realizada por personal entrenado y experimentado en su uso.

Los cuidados administrados previa, durante y tras la realización de la técnica han permitido que la misma se desarrolle sin mayores incidencias. La planificación de cuidados bajo el Proceso Enfermero y la utilización de las Taxonomías NANDA-NOC-NIC aporta:

1.- Unifica criterios adaptándolos a las normativas de taxonomía NANDA, NOC y NIC.

2.- Evidencia y refleja la eficacia de la labor de enfermería en el funcionamiento de la Unidad de Hemodiálisis

3.- Garantiza la atención integral al paciente, la continuidad de cuidados y seguimiento diario, trasmitiendo seguridad y confianza a este, tanto en su relación con los profesionales sanitarios, como en la aceptación de su enfermedad.

4.- Mayor satisfacción del personal enfermero por su participación activa que ve facilitada su labor en el seguimiento diario y aplicación de cuidados

Resumen: *La miastenia gravis enfermedad caracterizada por debilidad y fatiga de los músculos. Es un trastorno autoinmune caracterizada por exacerbaciones y remisiones. Como medida terapeutica encontramos: Plasmaféresis disminuya la concentración de anticuerpos.*

Tenemos varón de 63 años, diagnosticado crisis miastenica, siendo necesario en su ingreso plasmaferesis. En HD llevamos plan de cuidados, cuyo objetivo es determinar los cuidados en estos durante el tratamiento. Concluimos los cuidados administrados han permitido que se desarrolle sin incidencias. La planificación bajo el Proceso Enfermero y la utilización de las Taxonomías NANDA-NOC-NIC aporta unificación de criterios, mayor evidencia y garantiza la atención integral al paciente.

Palabras Clave: *Plasmaferesis; miastenia gravis; hemodialisis.*

Introducción

La miastenia gravis enfermedad caracterizada por debilidad fluctuante y fatiga muscular. Es trastorno crónico autoinmune de la unión neuromotora, caracterizado por exacerbaciones y remisiones de debilidad neuromuscular. La edad de comienzo con más frecuencia es en jóvenes entre 20-30 año mujeres y varones 50-60 años, siendo mas frecuente en mujeres. Las medidas terapéuticas son:

1. Farmacológicas: Mejoran la transmisión neuromuscular con anticolinérgicos, inmunosupresión con esteroides, citostáticos e inmunoglobulinas intravenosas.
2. Plasmaféresis: Disminuye la concentración sérica de anticuerpos antireceptores que atacan unión neuromuscular.
3. Quirúrgico: Timectomía para modular la respuesta inmunológica.

En nuestro caso hablaremos de plasmaféresis terapéutica (PFT), procedimiento extra corpóreo en el que, a partir de la extracción de sangre total, se separa el plasma de componentes celulares para disminuir o eliminar determinadas sustancias que intervienen en la fisiopatológia de enfermedad. PFT es procedimiento más utilizado para tratar enfermedades poco frecuentes que ponen en peligro la vida del paciente.

Observación clínica

Varón 63 años, diagnosticado de miastenia gravis, acuede Servicio de Urgencias por presentar, desde hace 4 días, diplopia vertical y leve ptosis palpebral, se diagnostica crisis miastenica. A su llegada esta estable hemodinámicamente y eupneico con : «ptosis bilateral, diplopia, cuenta hasta 21 con una respiración, no hipofonía ni alteración del lenguaje . En las primeras 24 horas de ingreso se administran tres dosis de flebogamma, sufriendo empeoramiento respiratorio con taquipnea e hipoxemia, ingresa en UCI.

Precisa VMNI alternando con oxigenterapia con gafas nasales de alto flujo, hasta poderse retirar apoyo respiratorio 6ºdía. Se mantiene tratamiento con corticoides y piridoestigmina. Dada su evolución se traslada a planta. Se inicia tratamiento con plasmaféresis al no desaparecer la sintomatología.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Objetivo general

Determinar cuidados en paciente con miastenia gravis durante estancia en unidad de hemodialisis, en tratamiento con plasmaferesis.

Plan de cuidados de enfermería

Antes de recibir paciente prepararemos monitor y pediremos tratamiento albumina a farmacia. Una vez recibido, conectaremos paciente mediante medidas asepsia al acceso femoral. A continuación llevaremos plan de cuidados estandarizados

Se realiza recambio plasmático con albumina al 5 % 4000 cc en días alternos, a partir de la 2ª sesión refiere mejoría en tono de voz y menor sensación debilidad en cuello.

NANDA NOC NIC

Cuidados de enfermería al ingreso (7310)

1921Preparación antes del procedimiento

0203 Posición corporal

1, Presentarse a sí mismo y su función.

2. Orientar paciente y familia sobre normas y funcionamiento.

3. Realizar valoración de enfermería ingreso.

4. Establecer plan cuidados, los diagnósticos, resultados e intervenciones.

5. Establecer procedimiento de identificación y protección de pacientes vulnerables

00146 – Ansiedad

R/C Amenaza cambio estado de salud

M/P Síntomas fisiológicos, conductuales, cognitivos y afectivos.

1402 - Autocontrol ansiedad

Busca información para reducirla.

Ausencia manifestaciones de ansiedad.

Control respuesta

4920 - Escucha Activa

Aclarar mensaje mediante preguntas y retroalimentación

Favorecer expresión sentimientos

5820 - Disminución ansiedad

Animar manifestación de sentimientos, percepciones y miedos

Proporcionar información objetiva del diagnostico, tratamiento y pronostico

Patrón respiratorio ineficaz

r/c debilidad muscular.

802 signos vitales

403 Estado respiratorio: ventilación

410 Estado respiratorio: permeabilidad de las vías

3140 Manejo vías aéreas

3320 Oxigenoterapia

3350 Motorización respiratoria

00046 - Deterioro de la integridad cutánea.

R/C Factores mecánicos:

Zona

punción repetidas. Vías centrales.

1105 - Integridad del acceso de diálisis.

Flujo de volumen de sangre

Coloración cutánea periférica distal

3660 - Cuidados heridas.

cuidados zona punción

2316 - Administración medicación tópica.

00004 - Riesgo infección.

R/C Procedimientos invasivos:

fístulas arteriovenosas, vías centrales

1902 - Control riesgo

Reconoce factores de riesgo Sigue estrategias control de riesgo seleccionadas

Modifica el estilo de vida

6540 - Control infecciones

Instruir paciente y familia acerca signos y síntomas de infección y a evitar infeccione

Hipertermia: (00007)

2300) Administración medicación

RIESGO DE NÁUSEAS:

r/c distensión gástrica por intervenciones farmacológicas

ISBN: 978-84-949197-6-3

1608 Control del síntoma

- Reconoce el comienzo del síntoma.

- Utiliza medidas de alivio

Manejo de las náuseas (1450)

- Reducir los factores personales que desencadenan

- Asegurarse administracion antieméticos que evitan las náuseas.

- Colocar paciente forma adecuada para prevenir aspiración

Perfusión tisular cerebral ineficaz, riesgo de: (00201)

Hipertension

hipotension

0414 Estado cardiopulmonar

0401 Estado circulatorio

1608 Control de síntomas

1902 Control del riesgo

00148 Temor

1404 Control miedo

5230 Aumentar el afrontamiento

5580 Información sensorial preparatoria

Conclusiones

En el tratamiento de la miastenia grave se deben considerar dos aspectos terapéuticos diferentes, el tratamiento sintomático y el inmunomodulador. La plasmaféresis o tratamiento con inmunoglobulinas endovenosas deben considerarse como técnicas terapéuticas para situaciones transitorias, generalmente graves.

La mejoría experimentada permite atribuir un efecto beneficioso de la plasmaferesis, aunque debido escaso numero pacientes esta afirmación no es concluyente. En nuestro caso,nuestro paciente tubo una evolución favorable, desapareciendo la sintomatología de la crisis miastenica. Es una técnica de fácil manejo, efectiva y con leves complicaciones cuando es realizada por personal entrenado y experimentado.

Los cuidados administrados previa, durante y tras la realización de la técnica permiten que la misma se desarrolle sin incidencias. La planificación de cuidados bajo Proceso Enfermero y utilización de las Taxonomías NANDA-NOC-NIC aporta:

1. Unifica criterios adaptándolos a las normativas de taxonomía.
2. Evidencia y refleja la eficacia labor de enfermería en funcionamiento de la Unidad de Hemodiálisis.

3. Garantiza atención integral del paciente, continuidad de cuidados y seguimiento diario, trasmitiendo seguridad y confianza a este, tanto en su relación con profesionales sanitarios, como en aceptación de su enfermedad.
4. Mayor satisfacción personal enfermero por su participación activa que ve facilitada su labor en el seguimiento diario y aplicación de cuidados

Bibliografía

1. Francisca Medero Rubio, David Bejarano Álvarez, María Auxiliadora Gómez Pacheco, Elisa Neira Vargas, José Manuel Santos Sánchez, Manuela Pérez Márquez. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva. España Plasmaféresis y miastenia gravis en una unidad de nefrología.
2. Cesar A. R Estrepo, Elisabeth Márquez, Maria Fernanda Sanz Manizales. Plasmaféresis terapéutica, tipos, técnica e indicaciones en medicina interna.
3. Iratxe Menica Jauregui, María Feliciana Izaguirre Orueta, Belén Galán, Cristina Munerol, Ana Marco Redondo, Aurora Gurutxaga, Milagros Herrero, María Rosario Uriarte, Milagros Ligero, Itziar Zalabarria, Inmaculada Ugarte Arostegui, Gregorio Aramid Romero González, Nerea Otero, Amparo Bergareche y Nerea Otero Hospital de Basurto. Vizcaya. Plasmaféresis en enfermedades neurológicas, a propósito de un caso.
4. Miryam Marmolejo García Vol. 3, Supl. 1, May.-Ago. 2010 pp S7-S13 Cuidados de enfermería en aféresis.
5. Juan Pablo Córdoba, Carolina larrarte, Martín alonso rondón•Bogotá, D.C. (ColomBia) Plasmaféresis terapéutica.

Capítulo 192

Plasmaféresis. Evolución de las donaciones de plasma desde su implantación hasta la actualidad

Molina Romero, Pedro
Cortina Nieto, Amelia
Hornado López-Menchero, Aurora
López Rivas, Sergio
Villaseñor Martín-Portugués, Cristina
Barrios Rubio, Laura

Resumen: *El trabajo de investigación presentado "Plasmaféresis. Evolución de las donaciones de plasma desde su implantación hasta la actualidad" consiste en una comunicación oral, formato video, en la que se describe un estudio cuantitativo y descriptivo que pretende determinar la cantidad de donaciones de plasma por aféresis realizadas desde su instauración (principios de 2015) hasta fecha de hoy (5/4/2019), su evolución durante ese periodo, así como describir en que consiste el proceso de donación de plasma por aféresis y sus diferentes fases, y los beneficios que conlleva tanto para pacientes, como para las reservas de plasma en banco de sangre.*

Palabras Clave: *Plasmaféresis; donante de sangre; plasma.*

Introducción

Definición de plasmaféresis: La plasmaféresis es un método mediante el cual se extrae completamente la sangre del cuerpo y se procesa de forma que los glóbulos blancos, glóbulos rojos y plaquetas se separen del plasma. Las células de la sangre se devuelven luego al donante sin el plasma.

Entrevista al donante: El proceso de donación tiene como primera fase una entrevista confidencial al donante para descartar cualquier problema que impida la donación. El cribaje es el proceso al que se someten nuestros donantes para que podamos confirmar la no existencia de enfermedades que afecten a la seguridad de la donación. La función del cribaje por tanto no es excluir a donantes, sino evitar un fallo en la seguridad de la cadena. La importancia de esta fase es clave, y por lo tanto, la entrevista a los donantes representa un paso fundamental. Tras la entrevista se tomará la tensión al donante, y se hará una medición de hemoglobina mediante sangre capilar. Una vez conseguido un nuevo donante su continuidad es importante para garantizar la calidad de la sangre. Se considera que un donante esta fidelizado a partir de su cuarta donación.

Extracción de plasma: Buscaremos la comodidad del donante, y canalizaremos una vena en la flexura del codo que sea del grosor adecuado. El donante se conecta a un separador celular, basado en un sistema de centrífuga que separa las diferentes células sanguíneas y recoge el plasma. Posteriormente, y por la misma vía de acceso, se devuelve el resto de células al donante. Habitualmente son entre tres y cuatro ciclos de extracción y retorno, teniendo una duración aproximada de entre 40 y 60 minutos. Al terminar se desechará el material fungible, reemplazándolo para una nueva donación. Vigilaremos la recuperación del donante, salvaguardando su bienestar en todo momento. Todo el proceso se lleva a cabo por el personal sanitario específicamente cualificado de los centros regionales de transfusión.

Compatibilidad de plasma: Todos los grupos sanguíneos son válidos y necesarios, si bien el ¨donante universal¨ de plasma es el grupo AB, independientemente del RH, al revés de lo que sucede con la donación de sangre, donde el donante universal es el grupo 0 negativo.

Beneficios de la plasmaféresis: La plasmaféresis nos permite obtener una mayor cantidad de plasma. Serían 500 ml frene a los 250 ml de la donación de sangre total. Como la donación conserva los glóbulos rojos, la recuperación es casi inmediata y se puede repetir la donación de aféresis en un plazo de 15 días. Por eso, si lo desea, podría llegar a donar hasta 24 veces al año. Se puede alternar con la donación de sangre total, siempre que, después de esta, se respete el intervalo mínimo de

ISBN: 978-84-949197-6-3

dos meses y los máximos anuales. Este tipo de donación es especialmente útil para los pacientes con mayor consumo de componentes sanguíneos. Dichos pacientes optan a transfusiones de un plasma de calidad, así mismo, la manipulación de los sistemas de infusión se ve reducida, siendo menor el riesgo de contaminación que esto conlleva. Los beneficios de la plasmaféresis son claros tanto para el paciente como para las reservas de plasma en banco de sangre.

Objetivo del estudio

El objetivo de ese estudio sería determinar la cantidad de plasmaféresis realizadas durante el periodo comprendido desde el 1/1/2015 hasta la fecha actual 5/4/2019.

Metodología, material y método

Se trata de un estudio cuantitativo y descriptivo. Los datos para el estudio nos los ha suministrado la base de datos e-delphin, programa del que dispone el banco de sangre del Hospital.

Resultados y conclusiones

Con arreglo a las estadísticas, el número de donaciones de plasma mediante plasmaféresis ha ido aumentando de manera exponencial desde su instauración hasta día de hoy. De 2015 a 2016 hubo un incremento del 89 % de donaciones. De 2016 a 2017 se volvió a incrementar en un 70 %. De 2017 a 2018 el número de donaciones de plasma volvió a incrementarse en un 80 %, siendo así desde el 1 de enero de 2015 hasta el 31 de diciembre de 2018 un incremento total del 481 %, pasando de 58 donaciones en 2015 a 337 donaciones en 2018. Durante el primer cuatrimestre de 2019 sigue aumentando, siendo de 132 donaciones en lo que llevamos de año. Dada la importancia de las donaciones de plasma que resaltamos al principio, debemos poner en valor la captación de nuevos donantes y la fidelización de los mismos. Habría que resaltar la conveniencia de informar al donante sobre los beneficios de la plasmaféresis.

Bibliografía

1. Ocampo, Esperanza Rojas; Macías, Margarita Leticia Medina. Papel de la enfermera en la aféresis. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2005, vol. 43, no S1, p. 53-56.
2. Cruz, Rafael Muñoz; Mármol, María Rodríguez; IGLESIAS, Nuria Romero. Manejo y conocimientos sobre hemoderivados de un grupo de profesionales de enfermería hospitalaria de madrid.Enfermería: Cuidados Humanizados, 2016, vol. 5, no 1, p. 18-22.
3. Castellanos Martínez, Rosa, et al. Beneficio social del donante de sangre sin riesgo. Medisan, 2008, vol. 12, no 4.
4. García, Miryam Marmolejo. Cuidados de enfermería en aféresis. Rev Mex Med Tran, 2010, vol. 3, no Supl 1, p. S7-S13.

Capítulo 193

Práctica basada en la evidencia y el entorno clínico

Donoso Muñoz, Antonio

León Campillo, Lorena

León Campillo, Sandra

PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA Y EL ENTORNO CLÍNICO EN ENFERMERÍA

1.- INTRODUCCIÓN



La Práctica Basada en la Evidencia (PBE) consiste en la aplicación de la mejor evidencia disponible con la experiencia de los profesionales sanitarios y las preferencias de pacientes y familiares en el proceso de toma de decisiones.

La PBE es una de las dos principales competencias que todo profesional sanitario debe tener. Tal es su relevancia, que al año mueren alrededor de 98.000 personas por un inadecuado proceso de toma de decisiones, el cual está íntimamente relacionado con la PBE, pues uno de sus objetivos es mejorarlo. Sin embargo, este proceso normalmente solo se basa en la experiencia profesional.

Está demostrado que los cuidados que integran la mejor evidencia científica, las preferencias, información y valores de los pacientes y la experiencia profesional, y que se desarrollan en un ambiente que favorece la investigación y el uso de dicha evidencia, mejoran los resultados en salud.

A pesar de estos beneficios, la PBE no es un estándar en la práctica clínica debido a las dificultades que conlleva su implementación. Entre ellas, podemos destacar:

- Un entorno clínico que no fomenta la PBE: Ausencia de apoyo por parte de los líderes, cultura que no apoya el desarrollo de la PBE, indisponibilidad de recursos para su uso…etc,.
- Conocimientos y habilidades sobre PBE inexactos. Además de creencias /actitudes de desconfianza o no rentabilidad de los cuidados basados en evidencia científica.
- Tiempo insuficiente de la enfermería para implementar nuevas ideas al trabajo o incluso leer investigaciones. Además del tiempo que transcurre entre el descubrimiento científico y su implementación (17 años de media)

2.- OBJETIVOS

Evaluar la relación entre el entorno clínico y la PBE

Describir las opiniones acerca de la PBE entre la enfermería del Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGUCR), además de conocer la valoración del entorno clínico en el que trabajan

Identificar posibles factores que puedan influir en los conocimientos, creencias y actitudes frente a la PBE de la enfermería del HGUCR

3.- METODOLOGÍA

DISEÑO: Estudio observacional transversal analítico

PALABRAS CLAVE: Práctica basada en la evidencia, enfermería, entorno clínico

POBLACIÓN: Enfermería del HGUCR del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
• Profesión: enfermería • Conocimiento del idioma: español castellano • Lugar de trabajo: Ciudad Real (Localidad)	• Población no activa • Nacionalidad extranjera

TAMAÑO DE MUESTRA: A partir de una desviación estándar esperada de 26,060 y una precisión absoluta al 4%, se estimó que la muestra necesaria serían 117 personas. Para este cálculo se utilizó el programa estadístico EPIDAT 4.1

TÉCNICA DE MUESTREO: Teniendo en cuenta la muestra anterior, se llevó a cabo un muestreo probabilístico aleatorio por conglomerados monoetápico. Cada conglomerado era una Unidad del HGUCR.

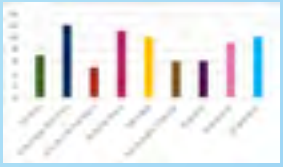
VARIABLES: Para valorar el entorno clínico se utilizaron los factores del cuestionario Practice Environment Scale of Nursing Work Index (PES-NWI). Para la valoración del conocimiento y habilidades, uso y actitudes hacia la PBE se utilizaron los factores del cuestionario de Efectividad Clínica y Práctica Basada en la Evidencia (CPBE-19). Por último, se añadieron variables demográficas(edad, sexo y nacionalidad) y profesionales (nivel académico, años de ejercicio profesional, área de ejercicio profesional, formación previa en PBE, tipo de formación previa en PBE, categoría profesional y situación laboral).

ANÁLISIS DE DATOS: Se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS Statistics en su versión 24 para el análisis de los datos obtenidos, realizándose un análisis exploratorio según los datos descriptivos de la muestra y según la naturaleza de sus distribuciones. También se realizó un análisis bivariado con pruebas paramétricas y no paramétricas, y análisis multivariados. Todos los análisis se realizaron con un nivel de confianza del 95%

4.- RESULTADOS

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA:

- 77 sujetos de 35 años de media. 87% mujeres y 13% hombres.
- 66 diplomados, 9 licenciados y 2 con máster/doctorado
- 32 con formación previa en PBE y 32 sin formación previa en PBE



VALORACIÓN DEL ENTORNO CLÍNICO Y SE RELACIÓN CON LA PBE:

- La puntuación media en este cuestionario fue de 66,70 dt (18.98), con un máximo posible de 120 y un mínimo de 29.
- Se encontró una relación directa estadísticamente significativa entre las puntuaciones del cuestionario PES-NWI y las del CPBE-19

Relación PES-NWI y CPBE-19		Puntuación total en PES-NWI
Puntuación total en CPBE-19	Correlación Pearson (R)	0,524
	Significatividad (p)	<0,01
	Número de sujetos (n)	74

CONOCIMIENTOS, HABILIDADES Y ACTITUDES FRENTE A LA PBE:

- La puntuación media en este cuestionario fue de 85,26 dt(19,64), de un máximo posible de 126 y una mínima de 18
- Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los resultados de los sujetos con formación previa en PBE y los sujetos sin la misma
- La frecuencia de las actividades relacionadas con PBE y la habilidad en las mismas están relacionadas

Relación entre la puntuación en el cuestionario y la posesión de formación previa en PBE		N°	Media en puntuaciones	Desviación estándar	T°	p=
Formación previa	No	32	94.53	14.68	-4.35	<0.01
	Yes	32	75.13	20.34		

5.- DISCUSIÓN

Para comenzar, este estudio ha encontrado **relación entre el entorno clínico y la PBE**. Sin embargo, no posibilita conocer detalles sobre las interacciones que tienen ambos aspectos entre sí, por lo que es necesario investigar más en este asunto.

Además, la enfermería del HGUCR encuentra su ambiente clínico adecuado, aunque las puntuaciones son ligeramente positivas. Esto puede indicar que **el entorno clínico puede ser mejorado en varios aspectos**. Principalmente se ha encontrado que no fomenta demasiado la PBE, que es necesaria la implicación de los líderes y supervisores para el desarrollo de la PBE, y que la enfermería no dispone de tiempo suficiente para actualizarse con evidencia científica o investigar. Todo lo anterior concuerda con afirmaciones de estudios realizados anteriormente.

Para terminar con el entorno clínico, no se han observado relaciones entre éste y las variables demográficas y profesionales.

Por otro lado, la calificación del cuestionario CPBE-19 resulta aceptable. La **actitud** frente a la **PBE** es más **positiva** de lo esperado por estudio anteriores. A pesar de esto, la **frecuencia de las actividades relacionadas con PBE** obtiene una **baja** puntuación, lo que puede relacionarse con que sólo las realizan aquello enfermeros que poseen habilidades en las mismas. Esto muestra que el proceso de toma de decisiones de la enfermería del HGUCR no está, en considerables ocasiones, basado en evidencia científica, con lo que ello respecta.

También, este estudio concuerda con los anteriores estudios que apoyan la **formación previa en PBE**, pues los sujetos que disponían de ella obtuvieron mejores puntuaciones en el cuestionario CPBE-19, con la consecuente mejoría de los cuidados ofrecidos.

Para concluir con el cuestionario CPBE-19, no se han encontrado relaciones relevantes de la puntuación en el mismo con otras variables demográficas o profesionales.

6.-CONCLUSIONES

En primer lugar, en este estudio se demuestra que el entorno clínico y la práctica basada en la evidencia están relacionados. Sin embargo, es necesario continuar investigando dicha conexión con el fin describirla más adecuadamente.

Por otro lado, se ha demostrado la relevancia de la formación previa en práctica basada en la evidencia, lo cual podría aplicarse en cualquier otro aspecto. La formación previa resulta muy útil para mejorar nuestras técnicas, en este caso PBE, lo que lleva a una otorgar una mejor calidad asistencial.

7.- BIBLIOGRAFÍA

1. Balakas K, Smith JR. Evidence-Based Practice and Quality Improvement in Nursing Education. J Perinat Neonatal Nurs [Internet]. 2016 [cited 2017 Nov 1];30(3):191–4. Available from: http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00005237-201607000-00008
2. Spiva L, Hart PL, Patrick S, Waggoner J, Jackson C, Threatt JL. Effectiveness of an Evidence-Based Practice Nurse Mentor Training Program. Worldviews Evidence-Based Nurs [Internet]. 2017 Jun [cited 2017 Nov 1];14(3):183–91. Available from: http://doi.wiley.com/10.1111/wvn.12219
3. Upton D, Upton P, Scurlock-Evans L, The Reach, Transferability, and Impact of the Evidence-Based Practice Questionnaire: A Methodological and Narrative Literature Review. Worldviews Evidence-Based Nurs [Internet]. 2014 Feb [cited 2017 Nov 15];11(1):46–54. Available from: http://doi.wiley.com/10.1111/wvn.12019
4. Leung K, Trevena L, Waters D. Systematic review of instruments for measuring nurses' knowledge, skills and attitudes for evidence-based practice [Internet]. Vol. 70, Journal of Advanced Nursing. 2014 [cited 2017 Nov 15]. p. 2181–95. Available from: http://doi.wiley.com/10.1111/jan.12454
5. Sandström B, Borglin G, Nilsson R, Willman A. Promoting the Implementation of Evidence-Based Practice: A Literature Review Focusing on the Role of Nursing Leadership. Worldviews Evidence-Based Nurs [Internet]. 2011 Dec [cited 2017 Nov 16];8(4):212–23. Available from: http://doi.wiley.com/10.1111/j.1741-6787.2011.00216.x
6. Nolan P, Bradley E. Evidence-based practice: Implications and concerns. J Nurs Manag [Internet]. 2008 May [cited 2017 Nov 16];16(4):388–93. Available from: http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2834.2008.00857.x
7. Schaffer MA, Sandau KE, Diedrick L. Evidence-based practice models for organizational change: Overview and practical applications. J Adv Nurs [Internet]. 2013 May [cited 2017 Nov 16];69(5):1197–209. Available from: http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2648.2012.06122.x
8. SOLOMONS NM, SPROSS JA. Evidence-based practice barriers and facilitators from a continuous quality improvement perspective: an integrative review. J Nurs Manag [Internet]. 2011 Jan [cited 2017 Nov 16];19(1):109–20. Available from: http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2834.2010.01144.x
9. Pearson A. Evidence Synthesis and Its Role in Evidence-Based Health Care. Nurs Clin North Am [Internet]. 2014 Dec [cited 2017 Nov 15];49(4):453–60. Available from: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0029646514000589
10. Kyriakoulis K, Patelarou A, Laliotis A, Wan AC, Matalliotakis M, Tsiou C, et al. Educational strategies for teaching evidence-based practice to undergraduate health students: systematic review. J Educ Eval Health Prof [Internet]. 2016 Sep 22 [cited 2017 Nov 15];13:34. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27649902
11. Sadoughi F, Azadi T, Azadi T. Barriers to using electronic evidence based literature in nursing practice: a systematised review. Health Info Libr J [Internet]. 2017 Jul 20 [cited 2017 Nov 15];34(3):187–99. Available from: http://doi.wiley.com/10.1111/hir.12186
12. Kitson A, Harvey G, McCormack B. Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework. Qual Saf Heal Care [Internet]. 1998 Sep 1 [cited 2017 Dec 1];7(3):149–58. Available from: http://qualitysafety.bmj.com/lookup/doi/10.1136/qshc.7.3.149

[...]

Resumen: *Objetivo: Averiguar conocimientos, actitudes y habilidades en PBE de los enfermeros del HGUCR y conocer su valoración respecto de su entorno clínico. También, evaluar la relación entre ambos aspectos. Métodos: Se diseñó un estudio observacional transversal analítico. Se utilizaron el Cuestionario CPBE-1), junto con la escala PES-NWI. Resultados: Se halló relación estadísticamente significativa entre entorno clínico y práctica basada en la evidencia. Además, se observaron relación entre la formación previa en PBE y el CPBE-19. Conclusiones: El entorno clínico y la implementación de la PBE están relacionados. También, se ha evidenciado la importancia de la formación previa relacionada con PBE.*

Palabras Clave: *Práctica basada en la evidencia; enfermería; entorno clínico.*

Introducción

La Práctica Basada en la Evidencia (PBE) consiste en la aplicación de la mejor evidencia disponible con la experiencia de los profesionales sanitarios y las preferencias de pacientes y familiares en el proceso de toma de decisiones.

La PBE es una de las dos principales competencias que todo profesional sanitario debe tener.

Está demostrado que los cuidados que integran la mejor evidencia científica, las preferencias, información y valores de los pacientes y la experiencia profesional, y que se desarrollan en un ambiente que favorece la investigación y el uso de dicha evidencia, mejoran los resultados en salud.

A pesar de estos beneficios, la PBE no es un estándar en la práctica clínica debido a las dificultades que conlleva su implementación. Entre ellas, podemos destacar:

Un entorno clínico que no fomenta la PBE: Ausencia de apoyo por parte de los líderes, cultura que no apoya el desarrollo de la PBE, indisponibilidad de recursos para su uso…etc.

Conocimientos y habilidades sobre PBE inexactos. Además de creencias /actitudes de desconfianza de la PBE.

Tiempo insuficiente de la enfermería para implementar nuevas ideas al trabajo o incluso leer investigaciones. Además del tiempo que transcurre entre el descubrimiento científico y su implementación.

Objetivos

- Evaluar la relación entre el entorno clínico y la PBE.
- Describir las opiniones acerca de la PBE entre la enfermería del Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGUCR), además de conocer la valoración del entorno clínico en el que trabajan.

Metodología

Diseño: Estudio observacional transversal analítico

ISBN: 978-84-949197-6-3

Palabras clave: Práctica basada en la evidencia, enfermería, entorno clínico.

Población: Enfermería del HGUCR del SESCAM.

Criterios de selección:

- Inclusión: Profesión enfermera, idioma castellano, lugar de trabajo en Ciudad Real.
- Exclusión: Población no activa, nacionalidad extranjera.

Tamaño de muestra: A partir de una desviación estándar esperada de 26,060 y una precisión absoluta al 4%, se estimó que la muestra necesaria serían 117 personas. Para este cálculo se utilizó EPIDAT 4.1.

Técnica de muestreo: Se llevó a cabo un muestreo probabilístico aleatorio por conglomerados monoetápico. Cada uno era una unidad del hgucr.

Variables: Se utilizaron los factores del cuestionario Practice Environment Scale of Nursing Work Index (PES-NWI) y los factores del cuestionario de Efectividad Clínica y Práctica Basada en la Evidencia (CPBE-19). Por último, se añadieron variables demográficas y profesionales

Análisis de datos: Se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 24, realizándose análisis exploratorio según datos descriptivos de la muestra y según naturaleza de sus distribuciones. También se realizó un análisis bivariado con pruebas paramétricas y no paramétricas, y análisis multivariados. Todos los análisis se realizaron con un nivel de confianza del 95%

Resultados

Descripción de la muestra:

- 77 sujetos de 35 años de media. 87% mujeres y 13% hombres.
- 66 diplomados, 9 licenciados y 2 con máster/doctorado.
- 32 con formación previa en PBE y 32 sin ella.

Entorno clínico y su relación con la PBE:

- La puntuación media fue de 66,70 dt (18.98), con un máximo posible de 120 y un mínimo de 29.
- Se encontró una relación directa estadísticamente significativa entre las puntuaciones del cuestionario PES-NWI y las del CPBE-19

Conocimientos, habilidades y actitudes frente a la PBE:

- La puntuación media fue de 85,26 dt(19,64), de un máximo de 126 y una mínima de 18.
- Se observaron diferencias estadísticamente significativas los resultados de los sujetos con formación previa en PBE y los sujetos sin ella.

Discusión

Para comenzar, este estudio ha encontrado relación entre el entorno clínico y la PBE. Sin embargo, no posibilita conocer detalles sobre las interacciones que tienen ambos aspectos entre sí, por lo que es necesario investigar más en este asunto.

Además, la enfermería del HGUCR encuentra su ambiente clínico adecuado, aunque las puntuaciones son ligeramente positivas. Esto puede indicar que el entorno clínico puede ser mejorado en varios aspectos. Principalmente se ha encontrado que no fomenta demasiado la PBE, que es nece-

saria la implicación de los líderes y supervisores para el desarrollo de la PBE, y que la enfermería no dispone de tiempo suficiente para actualizarse con evidencia científica o investigar. Todo lo anterior concuerda con afirmaciones de estudios realizados anteriormente.

Para terminar con el entorno clínico, no se han observado relaciones entre éste y las variables demográficas y profesionales.

Por otro lado, la calificación del cuestionario CPBE-19 resulta aceptable. La actitud frente a la PBE es más positiva de lo esperado por estudio anteriores. A pesar de esto, la frecuencia de las actividades relacionadas con PBE obtiene una baja puntuación, lo que puede relacionarse con que sólo las realizan aquello enfermeros que poseen habilidades en las mismas. Esto muestra que el proceso de toma de decisiones de la enfermería del HGUCR no está, en considerables ocasiones, basado en evidencia científica.

También, este estudio concuerda con los anteriores estudios que apoyan la formación previa en PBE, pues los sujetos que disponían de ella obtuvieron mejores puntuaciones en el cuestionario CPBE-19, con la consecuente mejoría de los cuidados ofrecidos.

Para concluir con el cuestionario CPBE-19, no se han encontrado relaciones relevantes de la puntuación en el mismo con otras variables demográficas o profesionales.

Conclusiones

En primer lugar, en este estudio se demuestra que el entorno clínico y la práctica basada en la evidencia están relacionados, pero es necesario continuar investigando para describirla adecuadamente.

Por otro lado, se ha demostrado la relevancia de la formación previa en práctica basada en la evidencia. La formación previa resulta muy útil para mejorar nuestras técnicas.

Bibliografía

1. Balakas K, Smith JR. Evidence-Based Practice and Quality Improvement in Nursing Education. J Perinat Neonatal Nurs [Internet]. 2016 [cited 2017 Nov 1];30(3):191–4. Available from: http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00005237-201607000-00008.
2. Spiva L, Hart PL, Patrick S, Waggoner J, Jackson C, Threatt JL. Effectiveness of an Evidence-Based Practice Nurse Mentor Training Program. Worldviews Evidence-Based Nurs [Internet]. 2017 Jun [cited 2017 Nov 1];14(3):183–91. Available from: http://doi.wiley.com/10.1111/wvn.12219.
3. Upton D, Upton P, Scurlock-Evans L. The Reach, Transferability, and Impact of the Evidence-Based Practice Questionnaire: A Methodological and Narrative Literature Review. Worldviews Evidence-Based Nurs [Internet]. 2014 Feb [cited 2017 Nov 15];11(1):46–54. Available from: http://doi.wiley.com/10.1111/wvn.12019.
4. Leung K, Trevena L, Waters D. Systematic review of instruments for measuring nurses' knowledge, skills and attitudes for evidence-based practice [Internet]. Vol. 70, Journal of Advanced Nursing. 2014 [cited 2017 Nov 15]. p. 2181–95. Available from: http://doi.wiley.com/10.1111/jan.12454.
5. Sandström B, Borglin G, Nilsson R, Willman A. Promoting the Implementation of Evidence-Based Practice: A Literature Review Focusing on the Role of Nursing Leadership. Worldviews Evidence-Based Nurs [Internet]. 2011 Dec [cited 2017 Nov 16];8(4):212–23. Available from: http://doi.wiley.com/10.1111/j.1741-6787.2011.00216.x.

Capítulo 194

Premedicación en quimioterapia

Cabezas Buitrago, Francisco Javier

Cruz Durán, Amparo

Chaparro Galán, Miriam

De la Calle Serrano, Itziar

PREMEDICACIÓN EN QUIMIOTERAPIA

XI CONGRESO DE INVESTIGACIÓN. SATSE

1. INTRODUCCIÓN

El tratamiento con quimioterapia ocupa cada día un lugar más importante en el tratamiento del cáncer. La quimioterapia actúa sobre todas las células, tumorales y normales, provocando un efecto citotóxico.

La aparición de los efectos secundarios va a depender del medicamento, la dosis y la duración del tratamiento.

Los efectos secundarios más comunes son:
- Náuseas y vómitos.
- Diarrea y estreñimiento.
- Mucositis o inflamación del revestimiento del tracto gastrointestinal.
- Alopecia.
- Pérdida de apetito, cambio en el peso y olores y sabores desagradables.
- Astenia, cansancio, agotamiento y malestar.
- Afectación de la hematopoyesis, que provoca: leucopenia y neutropenia.
- Aumento del riesgo de infección.
- Cardiotoxicidad, nefrotoxicidad, hepatotoxicidad, neurotoxicidad, toxicidad pulmonar.
- Cambios menstruales y problemas de fertilidad.
- Efectos secundarios psicológicos.

Debido a la gran incidencia con la que ocurre los efectos adversos, así como su gravedad y la gran confusión que surge en la elección del fármaco elegido nos centraremos en una revisión bibliiográfica de ello.

2. OBJETIVOS

* REDUCIR LO MÁXIMO POSIBLE LOS EFECTOS SECUNDARIOS.

* UNIFICAR CRITERIOS Y MEDIDAS.

* CONOCER LA ACCIÓN DE LOS FÁRMACOS USADOS EN PREMEDICACIÓN.

3. METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica en la que se ha utilizado como base de datos Google Academic, artículos académicos, revistas científicas, protocolos de hospitales, ...

Usando descriptores de búsqueda como ***PREMEDICACIÓN, ANTIEMÉTICO, QUIMIOTERAPIA***. En un rango de búsqueda desde 1999 a la actualidad. Utilizando como lenguaje principal el castellano.

4. RESULTADOS

RESULTADOS GENERALES

+ Generalizar los 30 minutos previos al inicio de un ciclo de quimioterapia para premedicar.
+ Usar fármacos ANTIEMÉTICOS, ANTIHISTAMÍNICOS Y CORTICOIDES para prevenir los efectos secundarios.

RESULTADOS ESPECÍFICOS

Relacionados con el principal problema, náuseas y vómitos.

+ Los fármacos más eficaces en el tratamiento de los vómitos son los *ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE SEROTONINA* (Ondansetrón, granisetrón, dolasetrón), sólos o en combinación con corticoides.
+ Los ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE DOPAMINA (Metoclopramida), son menos eficaces, necesitan una mayor dosis.
+ Los INHIBIDORES NK-1 (Aprepitant) son nuevas medicinas utilizadas en quimioterapias en las que son muy probables que aparezcan náuseas agudas o atrasadas y vómitos.
+ Los CORTICOESTEROIDES son ampliamente utilizados para ayudar a evitar los efectos secundarios. Suelen tener mayor eficacia en combinación con otros fármacos (antihistamínicos, antieméticos).
+ Los FÁRMACOS CONTRA LA ANSIEDAD. Medicamentos como el lorazepán se utilizan para sedar a los pacientes y ayudar a bloquear las náuseas y vómitos.

Relacionados con otros efectos secundarios:

* Las medidas que se utilizan para la prevención de la mucositis son la utilización de CLORHEXIDINA o BETADINE, BICARBONATO SÓDICO y la utilización de HIELO durante la administración del tratamiento.
* Con los alcaloides de la vinca se puede observar estreñimiento pertinaz por neuropatía autonómica, por lo que es importante la administración profiláctica de LAXANTES.
* El cisplatino es un fármaco nefrotóxico, siendo dosis dependiente. Para evitar su toxicidad debe HIDRATARSE de forma enérgica al paciente, favoreciendo la diurésis.
* El MESNA (2 mercaptoetano sulfonato) contrarresta los efectos nefrotóxicos sin interferir en la actividad antitumoral.

5. CONCLUSIONES

Todavía existen lagunas de conocimiento en el tratamiento con premedicación, para evitar los efectos secundarios por quimioterapia. Los efectos secundarios alteran el bienestar del paciente en todos los ámbitos de su vida; la afectación de su estado de salud tiene consecuencias a nivel social. laboral y psicológico. El objetivo final es lograr la mejor posible calidad de vida del paciente.

Para ello los profesionales debemos incidir sobre la importancia de conocer esos efectos secundarios e intentar evitarlos en la mayor parte de las ocasiones, conociendo así el tratamiento que podemos llevar a cabo, así como los fármacos que debemos usar.

6. BIBLIOGRAFÍA

Organización Mundial de la Salud (OMS) [Internet]. Cáncer [actualizado enero 2018; citado febrero 2018]. Disponible en: http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/cancer

Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) [Internet]. Folleto institucional [citado febrero 2018]. Disponible en: https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/folleto_institucional_SEOM .pdf

Martín M, Herrero A, Echavarría I. El cáncer de mama. Arbor, 2015; 191 (773): a234. Disponible en: http://arbor.revistas.csic.es/index.php/arbor/article/viewFile/2037/2531

Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) [Internet]. El cáncer en España [actualizado octubre 2015; citado febrero 2018]. Disponible en: https://www.seom.org/es/prensa/el-cancer-en-espanyacom/105941-las-cifras-delcancer-en-espana-2017?showall=1

Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) [Internet]. Evolución del cáncer de mama [citado febrero 2018]. Disponible en: https//www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/incidencia.aspx

Castells MC. Hypersensitivity to antineoplastic agents. Curr Pharm Des. 2008;14(27):2892-901. 5.Bouchireb K, Dodille A, Ponvert C, Gouraud F, Dubrel M, Brugières L. Management and successfuldesensitization in methotrexate-induced anaphy-laxis. Pediatr Blood Cancer. 2009 Feb;52(2):295-7. 6.Oltmans R, van der Vegt SG. Serious allergic reac-tion to administration of epirubicin. Neth J Med. 2003 Jun; 61(6):226-7. 7.Klastersky J Adverse effects of the humanized anti-bodies used as cancer therapeutics. Curr Opin On-col. 2006 Jul;18(4):316-20. 8.Tada K, Ito Y, Hatake K, Okudaira T, Watanabe J, Arakawa M, Miyazato M, Irie T, Mizunuma N, Ta-kahashi S, Aiba K, Horikoshi N, Kasumi F.Severe infusion reaction induced by trastuzumab: a case re-port. Breast Cancer. 2003;10(2):167-9. 9.Taguchi A, Takeshita S, Machida R, Hori Y, Aida K, Furuya U, Ohe E, Murase T, Shinozuka N,

Resumen: *El tratamiento de quimioterapia es cada vez más imprescindible en el tratamiento del cáncer. Pero son numerosos sus efectos secundarios, principalmente náuseas y vómitos. Para evitar la aparición de ellos se realizó una revisión bibliográfica utilizando las bases científicas disponibles.*

Encontrando tanto resultados generales como son premedicar treinta minutos antes; resultados específicos relacionados con náuseas y vómitos, utilización de antagonistas de los receptores de serotonina. O resultados específicos de otros efectos secundarios como la utilización de hielo para evitar mucositis.

Llegando a la conclusión de que hay que unificar criterios para el bienestar del paciente.

Palabras Clave: *Premedicación; antiemético; quimioterapia.*

Introducción

El tratamiento con quimioterapia ocupa cada día un lugar más importante en el tratamiento del cáncer. La quimioterapia actúa sobre todas las células, tanto tumorales como células normales; provocando un efecto citotóxico.

Este efecto citotóxico va a generar una serie de efectos secundarios cuya gravedad dependerá del tipo de medicamento usado, la dosis del medicamento y la duración del tratamiento.

Los efectos secundarios más comunes son:

- Náuseas y vómitos
- Diarrea y estreñimiento.
- Mucositis o inflamación del revestimiento del tracto gastrointestinal.
- Alopecia.
- Pérdida de apetito, cambio en el peso.
- Olores y sabores desagradables que ayudaran a a la pérdida de apetito y peso.
- Astenia, cansancio, agotamiento y malestar.
- Afectación de la hematopoyesis, que a su vez va a provocar: leucopenia y neutropenia.
- Aumento del riesgo de infección.
- Cardiotoxicidad, nefrotoxicidad, hepatotoxicidad, neurotoxicidad, toxicidad pulmonar.
- Cambios menstruales y problemas de fertilidad
- Efectos secundarios psicológicos.(1)

Debido a la gran incidencia con la que ocurre dichos efectos adversos (sobre todo náuseas y vómitos), así como su gravedad que se le asocia y la gran confusión que surge en la elección del fármaco elegido; en este capítulo nos centraremos en una revisión bibliográfica de ello.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Objetivo

Los objetivos que se persiguen son evitar efectos secundarios provocados por la quimioterapia, así como unificar una serie de criterios y medidas para conseguir una unidad a la hora de trabajar, y por último conocer la acción de los fármacos usados en premedicación.

Metodología

Se ha llevo a cabo una exhaustiva revisión bibliográfica relacionada con el tema utilizando como bases científicas de Google Academic, Pubmed, artículos académicos, revistas científicas, protocolos de diverso hospitales.

Para ello se han usado descriptores de búsqueda como premedicación, antiemético y quimioterapia. Se ha utilizado un rango de búsqueda desde 1999 a la actualidad. Utilizando como lenguaje principal el castellano.

Resultados

Se encontró una serie de resultados generales; como que se debería generalizar en todos los tratamientos, premedicar los treinta minutos previos al inicio de un ciclo de quimioterapia.

Así como usar fármacos antieméticos, antihistamínicos y corticoides, para prevenir los posibles efectos secundarios.

Pero también se encontraron resultados específicos relacionados con unos de los principales efecto secundarios; náuseas y vómitos que son:

Los antagonistas de los receptores de serotonina (ondansetrón, granisetrón, dolasetrón) son los fármacos más eficaces en el tratamiento de los vómitos, ya sean sólo o en combinación con corticoides.

Se descubrió que los antagonistas de los receptores de dopamina (metoclopramida), son fármacos menos eficaces y necesitan de una mayor dosis para prevenir dichos efectos secundarios.

Para las quimioterapias en las que son muy probables que aparezcan náuseas agudas o atrasadas y vómitos ha aparecido una nueva medicación; los inhibidores de NK-1 (Aprepitant).(2)

Los corticoesteroides son ampliamente utilizados para ayudar a evitar los efectos secundarios. Suelen tener mayor eficacia en combinación con otros fármacos.

Existen fármacos contra la ansiedad como el lorazepán que se utilizan para sedar a los pacientes, tranquilizarlos y ayudar a bloquear sobre todo las náuseas y los vómitos

Con respecto a otros efectos secundarios encontramos resultados tales como:

- Que las medidas que han demostrado mayor eficacia en la prevención del efecto secundario de la mucositis son la utilización de clorhexidina o betadine y bicarbonato sódico. La utilización de hielo durante la administración del tratamiento ha demostrado la reducción de dicha mucositis.(3)
- Pudimos comprobar que el uso de los fármacos alcaloides de la vinca provocaba estreñimiento pertinaz por neuropatía autonómica, por lo que descubrimos que es importante la administración profiláctica de laxantes.

- El cisplatino del que conocemos su nefrotoxicidad, siendo dosis dependiente. Para evitar su toxicidad debe hidratarse de forma enérgica al paciente, favoreciendo la diuresis.
- El fármaco mesna (2 mercaptoetano sulfonato) contrarresta los efectos nefrotóxicos sin interferir en la actividad antitumoral.

Conclusiones

Todavía existe la falta de conocimiento en el tratamiento con premedicación, para evitar los efectos secundarios por quimioterapia. Los efectos secundarios alteran el bienestar del paciente en todos los ámbitos de su vida.

La afectación del estado de salud del paciente tiene consecuencias a nivel social, laboral y psicológico que pueden afectar al desarrollo normal de su vida.

El objetivo final es lograr la mejor posible calidad de vida del paciente.

Para ello los profesionales debemos incidir sobre la importancia de conocer esos efectos secundarios que provoca el tratamiento con quimioterapia e intentar evitarlos en la mayor parte de las ocasiones, conociendo así el tratamiento que podemos llevar a cabo y cuáles son los fármacos a usar ante aquellos efectos secundarios

Bibliografía

1. Ferreiro J, García JL, Barceló R, Rubio I. Quimioterapia: efectos secundarios. Gac Med Bilbao 2003; 100: 69-74.
2. Hesketh P, Grunberg SM, Gralla R, G.Warr D, Roila F.The Oral Neurokinin-1 Antagonist Aprepitant for the Prevention of Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting: A Multinational, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial in Patients Receiving High-Dose Cisplatin—The Aprepitant Protocol 052 Study Group. Journal of Clinical Oncology 21, no. 22 (November 15 2003) 4112-4119.
3. Alonso Castell P, Basté Dencás M. A, Creus Viles M, Del Pino Gaya B, Gómez Blasco C, Gómez Gener A et al. Prevención y tratamiento de la mucositis en el paciente onco-hematológico. FARMACIA HOSPITALARIA (Madrid)2001. Vol. 25. N.° 3, pp. 139-149.

Capítulo 195

Preparación de cemento quirúrgico en prótesis de rodilla

Fernández Arcos, José Vicente

Resumen: *La prescripción de ejercicio físico por parte del profesional sanitario es el proceso mediante el cual este pauta una serie de actividades físicas al paciente con el objetivo de mejorar su salud pero, ¿Realmente el ejercicio físico va a mejorar la salud en un paciente después de un infarto agudo de miocardio?*

Se comprobó que efectivamente un programa de rehabilitación cardiaca basado en la actividad física provoca beneficios significativos sobre la salud de estos. Se debe enfocar en un entrenamiento aeróbico, además si dicho programa se lleva a cabo en un entorno domiciliario y supervisado va a obtener mejores resultados.

Palabras Clave: *Exercise; myocardial infarction; cardiac rehabilitation.*

Introducción

La falta de actividad física (AF) es uno de los problemas fundamentales en la sociedad actual y ello repercute de manera significativa en la salud de la población. Ha aumentado la incidencia de enfermedades no trasmisibles (ENT): cáncer, diabetes, enfermedades cardiovasculares, etc.

Está demostrado que en torno a un 30% de las enfermedades de tipo cardiaco en todo el mundo son debidas a una falta de regularidad de actividad física. De cada diez fallecimientos seis están debidos a ENT.

Es por ello que el ejercicio físico (EF) es un componente fundamental para que la salud prevalezca en el individuo no ya solo contribuyendo a este bienestar físico, sino también a nivel psicológico y social

La prescripción de EF es un proceso sistemático en el cual la/el enfermera/o va a pautar de manera individualizada la realización de ejercicio físico.

Antes de pautar cualquier tipo de EF es necesario conocer la condición física del paciente, para ello nos vamos a ayudar de cuestionarios subjetivos como el IPAQ y de pruebas objetivas como la ergometría o el test de la marcha de los seis minutos.

Como profesionales sanitarios debemos intentar cambiar los estilos de vida de los individuos sobre todo en la parcela de la prevención, pero también en la rehabilitación.

Objetivos

- Verificar si la puesta en marcha de un programa de AF en pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) va a condicionar de manera positiva su recuperación.
- Conocer que tipo de EF es el más adecuado.
- Comprobar si este programa obtiene mejores resultados de manera domiciliaria u hospitalaria.

Material y métodos

Se trata de una revisión sistemática consistente en la elección de artículos científicos con los que comprobar la eficacia o no de un programa de rehabilitación cardiaca basado en EF en pacientes cardiópatas y generalmente post IAM.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Para la búsqueda se utilizaron las siguientes bases de datos:

- Pubmed.
- BVS (Biblioteca Virtual en Salud).
    - IBECS
    - LILACS
    - MEDLINE

La realización de la búsqueda se llevó a cabo desde finales de 2017 hasta mayo de 2018.

En el proceso de búsqueda se utilizaron los siguientes términos científicos con el fin de obtener unos resultados lo más concretos posibles: “exercise”, “cardiac rehabilitation”, “heart diseases”, “coronary heart disease” y “myocardial infarction”.

Entre los ***criterios de inclusión*** encontramos:

- Artículos publicados en los últimos 10 años.
- Estudios realizados en humanos.
- Artículos realizados en Inglés o Castellano.
- Artículos que se correspondan con los objetivos marcados.
- Ensayos clínicos.
- Meta-análisis

Resultados

Se analizaron un total de 20 artículos con una población de 11.231 personas, de las cuales 6.602 son hombres y 4.629 mujeres

Los estudios tienen una duración de entre cuatro semanas hasta quince años.

Cada estudio se basa en unas variables diferentes para cuantificar el grado de beneficio que causa un programa rehabilitador post IAM.

De los veinte artículos solamente uno considera que un plan rehabilitador basado en EF no consigue beneficios cuantificables, al menos en un tiempo inferior a ocho semanas.

Con el análisis del resto de estudios existen pruebas científicas suficientes como para comprobar los efectos positivos que acarrea la inclusión en un programa de AF:

La inclusión en un programa de rehabilitación cardiaca post IAM basado en EF va a mejorar la FC, TA, disminución de la capa lipídica endotelial, disminución del tiempo de recuperación, aumento de la capacidad funcional, disminución de la probabilidad de recidiva, etc. Es decir, va a provocar una disminución de la morbimortalidad.

Estos resultados se obtienen si la adhesión al programa es completa en un plazo medio de tiempo, el resultado no es totalmente inmediato. Esto quiere decir que los beneficios no se van a empezar a apreciar hasta pasadas unas semanas.

Con un programa de rehabilitación domiciliario se van a obtener unos resultados más beneficiosos que en programas hospitalarios pero este programa domiciliario debe ser supervisado periódicamente por profesionales sanitarios puesto que de esta supervisión depende la adhesión al mismo. La instauración de estos programas ha de ser de manera temprana.

Parece que el ejercicio aeróbico tiene mayores beneficios que cualquier otro tipo de AF: mejor capacidad física, aumento de la contractibilidad ventricular, aumento de la VO2max etc. La complejidad en cuanto al tipo de AF aplicada en el programa debe aumentar de manera progresiva, aquí cobra una importancia considerable la/el enfermera/o puesto que de la supervisión por parte de esta/e se va a ir adecuando el programa a cada paciente.

Conclusiones

- Previa implantación del programa hay que valorar la capacidad física del paciente utilizando distintos test o pruebas como ergometría, test de la marcha de los 6 minutos, cuestionario IPAQ, PAR-Q.
- Estos programas deben estar basados en el ejercicio de tipo aeróbico y el entorno recomendable es el domiciliario.
- Individualidad a la hora de prescribir cualquier AF.
- El profesional enfermero tiene gran peso en la puesta en práctica de este tipo de programas, pues ha de realizar una serie de revisiones de manera periódica para valorar la progresión.
- Por lo tanto se puede decir que hay una correlación positiva entre EF y mejoría en la rehabilitación cardiaca.

Bibliografía

1. World Health Organization. Recomendaciones Mundiales sobre Actividad Física para la Salud. Ginebra,Suiza. 2010;1–58.
2. U.S. Department of Health and Human Services. 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report. Washington, 2018.
3. Abellan Alemán J, Sainz de Baranda Andújar P, Ortin Ortin EJ. Guía para la prescripción de ejercicio físico en pacientes con riesgo cardiovascular. SEHLELHA (Sociedad Española de hipertensión), 2014.
4. Fang J, Ayala C, Luncheon C, Ritchey M, Loustalot F. Use of Outpatient Cardiac Rehabilitation Among Heart Attack Survivors-20 States and the District of Columbia, 2013 and Four States, 2015.
5. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. European Heart Journal. 2016;37(29):2315–81.

Capítulo 196

Prevalencia de obesidad en embarazadas y sus consecuencias en el embarazo, parto, puerperio y descendencia

Barba Rodríguez, Felipe

Rojas Rodríguez, Miriam

Rodríguez Jiménez, Patricia

PREVALENCIA DE OBESIDAD EN EMBARAZADAS Y SUS CONSECUENCIAS EN EL EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO Y DESCENDENCIA

Felipe Barba Rodríguez, Miriam Rojas Rodríguez, Patricia Rodríguez Jiménez



INTRODUCCIÓN

•La obesidad es un trastorno metabólico crónico causado por un desequilibrio entre la ingesta de alimentos y el gasto de energía que resulta en una cantidad excesiva de tejido adiposo donde se almacena en forma de triglicéridos.

•A nivel mundial la prevalencia de la obesidad está aumentando considerablemente en las últimas décadas. Según datos de la OMS en el año 2014, el 39% de las personas de 18 años o más tenían sobrepeso de los cuales el 38% eran hombres y el 40% mujeres, duplicándose su prevalencia en los últimos 30 años

•Se ha relacionado la obesidad en la gestación con un gran número de complicaciones, por lo que el seguimiento en este tipo de pacientes debe de ser más estricto que en el resto de las mujeres.

OBJETIVOS

•Determinar la relación entre la obesidad y los principales resultados obstétricos y neonatales en el Hospital General Universitario de Ciudad Real

CONCLUSIONES

El sobrepeso y obesidad se asocian con mayor probabilidad de parto cesárea y recién nacidos macrosómicos. La enfermería tiene un papel importante como educadora de salud ya que la obesidad es un factor de riesgo modificable.

MÉTODO

Se ha realizado un estudio observacional, descriptivo y transversal sobre una muestra no probabilística consecutiva de 185 puérperas durante los meses de febrero y marzo del año 2017. Las fuentes de información utilizadas fueron las historias clínicas y un cuestionario de elaboración propia. Se determinó índice de masa corporal (IMC), agrupándose en gestantes con normopeso frente a sobrepeso y obesidad para el análisis estadístico. **Palabras claves: obesidad en la gestante, consecuencias de la obesidad en el embarazo, obesidad en la embarazada.**

RESULTADOS

•En este estudio el 76,6% (131) de las gestantes presentó normopeso, el 19,3% (33) sobrepeso y un 4,1% (7) obesidad. La media del IMC fue del 23,42 (DE=0,301).

•Encontramos relación entre IMC y tipo de parto, encontrando que el porcentaje de cesáreas para el grupo normopeso fue de 19,8% (26) mientras que para el grupo de sobrepeso y obesidad se situó en 37,5% (15) (p=0,022).

•En cuanto a la relación obtenida entre los niveles de IMC con complicaciones neonatales, solo se observó asociación estadística con la presencia de macrosomía (p=0,031), de tal forma que las mujeres con sobrepeso/obesidad presentaron un 10,0% (4) de recién nacidos macrosómicos frente al 2,3% (4) de las mujeres con normopeso.

REFERENCIAS

• Illescas ML, Núñez M, Álvarez C, Boibo R, Larzabal N, Morales E, Spinelli P. Prevalencia de obesidad en la embarazada coordinada para cesárea. Anest Analg Reanim [Internet]. (2016 Ago) [citado 2016 Dic 19] ; 29(1): 5-5.

•Poston L, Caleyachetty R, Cnattingius S, Corvalan C, Uauy R, Herring S, Gillman MW. Preconceptional and maternal obesity: epidemiology and health consequences. The Lancet Diabetes & Endocrinology,(Oct 2016). Volume 4 , Issue 12 , 1025 – 1036.

•Castillo-Laura H, Santos IS, Quadros LCM, Matijasevich A. Maternal obesity and offspring body composition by indirect methods: a systematic review and meta-analysis. Cad. Saúde Pública [Internet]. (2015 Oct) [cited 2016 Dec 21]; 31(10): 2073-2092

Resumen: *Objetivos: Determinar la relación entre la obesidad y los principales resultados obstétricos y neonatales en el Hospital General Universitario de Ciudad Real. Método: Realizamos un estudio observacional, descriptivo y transversal sobre una muestra no probabilística consecutiva de 185 puérperas durante los meses de febrero y marzo del año 2017. Las fuentes utilizadas fueron las historias clínicas y un cuestionario de elaboración propia. Se determinó índice de masa corporal (IMC), agrupándose en gestantes con normopeso frente a sobrepeso y obesidad para el análisis estadístico. Conclusión: El sobrepeso y obesidad se asocian con mayor probabilidad de parto cesárea y recién nacidos macrosómicos.*

Palabras Clave: *Obesidad en la gestante; consecuencias de la obesidad en el embarazo,; obesidad en la embarazada.*

Introducción

1. Concepto de obesidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la obesidad y el sobrepeso como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

La obesidad es un trastorno metabólico crónico causado por un desequilibrio entre la ingesta de alimentos y el gasto de energía que resulta en una cantidad excesiva de tejido adiposo donde se almacena en forma de triglicéridos. Su patogénesis es multifactorial, encontrando factores genéticos, ambientales y de comportamiento.

2. Clasificación de la obesidad

La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), la (OMS) y American of College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) recomiendan usar el índice de masa corporal (IMC) para evaluar el estado nutricional de la mujer embarazada. El IMC es el resultado del peso expresado en kg dividido entre la talla al cuadrado expresada en metros (kg/m^2). En base a este resultado se clasifica en bajo peso, normopeso, sobrepeso, obesidad tipo 1, obesidad tipo 2 y obesidad tipo 3.

3. Prevalencia de la obesidad

A nivel mundial la prevalencia de la obesidad está aumentando considerablemente en las últimas décadas. Según datos de la OMS en el año 2014, el 39 % de las personas de 18 años o más tenían sobrepeso de los cuales el 38 % eran hombres y el 40 % mujeres, duplicándose su prevalencia en los últimos 30 años.

En España se estima que más del 40% de la población padece sobrepeso, y alrededor de un 15% padece obesidad, del mismo modo está creciendo la obesidad en el embarazo de una forma constante y progresiva.

Datos del National Center for Health Statistics muestran que en 2010, el 56 % de las mujeres Americanas en edad reproductiva (20-39 años) tenían sobrepeso y un 32 % eran obesas. La alta prevalencia de obesidad materna en la población de EE.UU se refleja en los datos recopilados desde

ISBN: 978-84-949197-6-3

la década de 1970 en la que las mujeres embarazadas con un IMC > 30 entre 20-30 años fue menor de un 10 %, en la década de 1990 la proporción estaba en el 15 % y para el 2000 estaba por encima del 25 %.

La epidemia de la obesidad no solo se da en los países desarrollados, sino que ha atrapado a todas las subpoblaciones mundiales. Las estimaciones actuales sugieren que para el año 2025 más del 21 % de las mujeres del mundo serán obesas.

Método

Se ha realizado un estudio observacional, descriptivo y transversal sobre una muestra no probabilística consecutiva de 185 puérperas durante los meses de febrero y marzo del año 2017. Las fuentes de información utilizadas fueron las historias clínicas y un cuestionario de elaboración propia. Se determinó índice de masa corporal (IMC), agrupándose en gestantes con normopeso frente a sobrepeso y obesidad para el análisis estadístico.

Objetivos

Objetivo general: Determinar la relación entre la obesidad y los principales resultados obstétricos y neonatales.

Objetivos específicos:

- Conocer la prevalencia de sobrepeso y obesidad en las gestantes.
- Determinar la relación entre los niveles de IMC y su relación con complicaciones obstétricas.
- Determinar la relación entre los niveles de IMC y su relación con complicaciones neonatales.

Resultados

En nuestro trabajo conseguimos reclutar a 140 mujeres durante el periodo de estudio.

La edad media de la población a estudio fue 32,2 años (DE=5,16), para el 42,7 %, era su primer hijo, siendo en el 90,1 % de origen español, han recibido asistencia a educación maternal un 67,3 % y han tenido un embarazo controlado la mayoría de ellas un 95,9 %, se ha dado el caso de embarazo de riesgo para el 6,4 % y el motivo de riesgo con mayor porcentaje ha sido por un problema fetal con un 36,4 %, en el tipo de parto se muestra un mayor porcentaje en el parto eutócico con el 62,0 %.

En este estudio el 76,6% de las gestantes presentó normopeso, el 19,3 % sobrepeso y un 4,1 % obesidad. La media del IMC fue del 23,42 (DE=0,301).

Encontramos relación entre IMC y tipo de parto, encontrando que el porcentaje de cesáreas para el grupo normopeso fue de 19,8 % mientras que para el grupo de sobrepeso y obesidad se situó en 37,5 % (p=0,022).

En cuanto a la relación obtenida entre los niveles de IMC con complicaciones neonatales, solo se observó asociación estadística con la presencia de macrosomía (p=0,031), de tal forma que las mujeres con sobrepeso/obesidad presentaron un 10,0 % de recién nacidos macrosómicos frente al 2,3 % de las mujeres con normopeso.

Conclusión

En nuestro estudio la prevalencia de sobrepeso/obesidad en gestantes es del 23,4 %.

Cuando relacionamos estos datos con las complicaciones maternas encontramos una significación estadística para la macrosomía fetal con un resultado del 10 % para mujeres con sobrepeso/obesidad frente a un 2,3 % para las mujeres con normopeso.

En cuanto a la relación con los resultados obstétricos la significación estadística se da en el tipo de parto (cesárea), con un 19,8 % de parto por cesárea para el grupo normopeso frente a un 37,5 % para el de sobrepeso/obesidad.

Ante el aumento de sobrepeso/obesidad en la población el papel de enfermería cobra gran importancia ya que las enfermedades derivadas de este problema son susceptibles a prevenirse, por lo que mediante un papel activo a nivel preventivo por el colectivo de enfermería en la enseñanza de buenas conductas de alimentación y deporte podría frenar el aumento de sobrepeso/obesidad en la población.

Bibliografía

1. Illescas ML, Núñez M, Álvarez C, Boibo R, Larzabal N, Morales E, Spinelli P. Prevalencia de obesidad en la embarazada coordinada para cesárea. Anest Analg Reanim [Internet]. (2016 Ago) [citado 2016 Dic 19] ; 29(1): 5-5. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688127320160001000003&lng=es.

2. Grupo de estudio de la obesidad en el embarazo de la maternidad sardá. Guía de práctica clínica en el embarazo. Manejo de la obesidad materna antes, durante y después de la gestación. Disponible en: http://www.sarda.org.ar/content/download/1039/7628/file/Guia+Obesidad+y+Embarazo+Sarda+2011.pdf.

3. Servicio de Obtetricia y Ginecologia Hospital Universitario Virgen de las Nierves Granada. Puerta Sanabria JM. Obesidad en el embarazo, parto y puerperio. Complicaciones y seguimiento. (Ener 2014).Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/clases_residentes/2014/clase2014_obesidad_embarazo.pdf.

4. Poston L, Caleyachetty R, Cnattingius S, Corvalan C, Uauy R, Herring S, Gillman MW. Preconceptional and maternal obesity: Epidemiology and health consequences. The Lancet Diabetes & Endocrinology,(Oct 2016). Volume 4 , Issue 12 , 1025 - 1036. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27743975.

5. Stand J, Huffman LG. Position of the academy of nutrition and dietetics: obesity, reproduction, and pregnancy outcomes. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, [internet] (Fbr 2012). Volume 116 , Issue 4 , 677 – 691. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27017177.

Capítulo 197

Prevención de infecciones nosocomiales mediante impregnación antimicrobiana del catéter venoso central

Serrano Barona, David

Heredia Oliver, Elena

PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES MEDIANTE IMPREGNACIÓN ANTIMICROBIANA DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL

Autores:

Introducción

Se denomina bacteriemia a la invasión de microorganismos en el torrente sanguíneo. Es la tercera infección nosocomial más común, especialmente en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). El personal de enfermería debe estar actualizado en la última evidencia científica al respecto.

Material y método

Se realizó una búsqueda en las siguientes bases de datos: CINAHL, PUBMED, CUIDEN, EMBASE, LILACS y SCIELO. Fueron recuperados los datos desde el año 2009 hasta 2017, en humanos, inglés y español. Las palabras clave y descriptores empleados fueron los siguientes: ***central venous catheter, infection, antimicrobial, critical patients, intensive care unit.***

Los criterios de inclusión fueron: ensayos clínicos aleatorizados (ECA) en pacientes > 18 años, ingresados en UCI con CVC impregnados de solución antiséptica o antimicrobiana.

La estrategia de búsqueda identificó un total de 8 estudios.

Objetivos

- Evaluar la evidencia de asociación entre el uso de CVC impregnados en antimicrobianos y la reducción de infección relacionada con el catéter en pacientes ingresados en UCI.
- Identificar que antimicrobiano muestra mayor efectividad.

- P (Sujetos): Pacientes ingresados en UCI con acceso venoso central.
- I (Intervención): CVC impregnados en solución antiséptica/antimicrobianos.
- C (Alternativa): Catéter convencional o estándar.
- O (Resultados): Disminución de infecciones nosocomiales asociadas al CVC.

Resultados

Estudio	Diseño	Localización	Participantes	Variables	Resultados	Riesgo sesgo
Camargo (2009)	ECA	Brasil	141	Colonización Bacteriemia	Sin diferencias significativas entre grupos (p=0,50)	- Tiempo > 10 días - Solo se evaluó la cara externa del catéter
Mer (2009)	ECA	Sudáfrica	118	Colonización Bacteriemia	Sin diferencias significativas (p=0,6704)	- CVC tres luces
Walz (2010)	ECA	EEUU	960	Colonización Bacteriemia	Diferencia significativa	- Personal no cegado - CVC tres luces >28 días
Lorente (2011)	ECA	España	370	Bacteriemia	Diferencia significativa (p<0,001)	
Lorente (2012)	ECA	España	147	Bacteriemia	Diferencia significativa (p<0,001)	
Antonelli (2012)	ECA	Italia	272	Colonización Bacteriemia	Sin diferencias	- Clínicos no cegados - CVC de tres luces
Arvanati (2012)	ECA	Grecia	465	Colonización Bacteriemia	Sin diferencias	Falta de potencia
Lorente (2016)	ECA	España	641	Bacteriemia	Diferencia significativa (p<0,001)	

Conclusiones

▲ El uso de CVC impregnados puede ser un mecanismo efectivo en la reducción de infecciones nosocomiales en UCI, utilizados de forma coadyuvante a medidas de barrera asépticas o uso de clorhexidina (NIVEL EVIDENCIA A).

▲ Los CVC impregnados deben usarse con ciertas limitaciones; reservarse para pacientes con alto riesgo de infección, con accesos venosos limitados o antecedentes de bacteriemia. (NIVEL EVIDENCIA B).

▲ A mayor número de luces disminuye la efectividad de los antimicrobianos. Esto puede deberse a una mayor superficie de contacto, manipulación y riesgo de infección (NIVEL EVIDENCIA B).

▲ No hay evidencia suficiente para asegurar que aquellos catéteres que permanezcan implantados más de 7-10 días en el paciente reduzcan las tasas de colonización e infección (NIVEL EVIDENCIA B).

▲ En cuanto que antiséptico o antimicrobiano es más efectivo, la mayoría de los estudios sugieren que el uso de minociclina – rifampicina se presentan como más efectivos (NIVEL EVIDENCIA A).

Resumen: *Objetivo: Evaluar si el catéter venoso central (CVC) impregnado en antimicrobiano es útil para la reducción de la bacteriemia relacionada con el catéter, e identificar el antimicrobiano más efectivo. Metodología: Se realizó una revisión sistemática. Incluidos artículos de 2009 a 2017, inglés y español, que incluyeran pacientes de UCI con CVC impregnado comparado con CVC convencional. Resultados: De los 8 estudios, 4 mostraron significancia. De los antimicrobianos usados, la minociclina-rifampicina muestra mayor efectividad. Conclusión: El uso de CVC impregnado puede ser efectivo en la reducción de infecciones en UCI. A mayor número de luces y tiempo de mantenimiento, menor efectividad.*

Palabras Clave: *Infection; antimicrobial; critical care.*

Introducción

Se conoce como bacteriemia la invasión del torrente circulatorio por microorganismos, causando un empeoramiento en los pacientes, aumento del riesgo vital, mortalidad y costes. Un paciente ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se encuentra frecuentemente monitorizado con catéteres venosos centrales (CVC) a los que se les asocia un gran número de bacteriemias. Las bacteriemias primarias (BP) son la tercera infección nosocomial más común y los CVC están relacionados con muchas de estas infecciones.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 1,4 millones de personas en el mundo contraen infecciones en el hospital y entre el 5-10% de las personas que ingresan contraerán una infección. El Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España (EPINE)-2016, otorgó cifras de bacteriemia relacionada con el catéter (BRC) de un 49.04% sobre el total de bacteriemias, que ocasionan entre 400- 600 muertes anuales.

La importancia de realizar esta revisión radica en la alta prevalencia de BRC y en la continua variación de la efectividad de estos antimicrobianos, debido a la aparición progresiva de diferentes tipos de bacterias. El personal de enfermería está íntimamente relacionado con esta temática, dado que corresponde a su competencia lo relacionado con manejo, mantenimiento y extracción de los CVC. Aquí surge la necesidad de que los profesionales enfermeros se encuentren actualizados en la última evidencia científica disponible al respecto. Hablando en términos de Diagnóstico Enfermero (NANDA) todo paciente con un CVC es un paciente con un Alto Riesgo de Infección y los enfermeros encargados de su cuidado tendrán que plantear objetivos específicos (NOC) para reducir las tasas y llevar a cabo las intervenciones (NIC) adecuadas.

El objetivo principal ha sido evaluar la evidencia de asociación entre el uso de CVCs impregnados y la reducción de infección relacionada con el catéter en pacientes ingresados en UCI. El objetivo secundario ha sido identificar que antimicrobiano muestra mayor efectividad en la reducción de la infección.

Metodología

Se llevó a cabo una Revisión Sistemática, basada en la construcción de la pregunta PICO:

- S (Sujetos): Pacientes ingresados en UCI con acceso venoso central.

ISBN: 978-84-949197-6-3

- I (Intervención): Catéteres venosos centrales impregnados en solución antiséptica/ antimicrobianos.
- C (Alternativa): Catéter convencional o estándar.
- O (Resultados): Disminución de infecciones nosocomiales asociadas al CVC.

Se realizó rigurosa búsqueda en las siguientes bases de datos: CINAHL, PUBMED, CUIDEN, EMBASE, LILACS y SCIELO. Fueron recuperados los datos desde el año 2009 hasta 2017, en humanos, inglés y español. Las palabras clave y descriptores empleados fueron los siguientes: central venous catheter, infection, antimicrobial, critical patients.

- Tipos de estudios: Ensayos clínicos aleatorizados (ECA), excluyendo estudios en animales, observacionales, de casos o evidencia anecdótica.
- Tipos de participantes: Pacientes > 18 años, ingresados en UCI con CVC. Excluidos pacientes de otras unidades o portadores de catéteres arteriales.

La calidad metodológica de los estudios incluidos fue evaluada por la herramienta Caspe, que evalúa la validez interna, resultados y validez externa del estudio.

Resultados

Finalmente 8 estudios fueron incluidos. Un total de 3.114 pacientes fueron asignados entre grupo CVC estándar o impregnado. En cuanto a la intervención llevada a cabo, todos usaron la comparación de CVC estándar comparado con el CVC impregnado en antimicrobiano, excepto uno que comparaba tres tipos de impregnados entre sí, el cuál se incluyó para dar respuesta al objetivo secundario del estudio. En relación a las variables de medida, todos midieron la colonización del catéter y/o la infección sistémica (bacteriemia).

Tras la aplicación de la intervención, 4 dieron resultados estadísticamente significativos para la reducción de infecciones, todos con una valor p

Bibliografía

1. Ruiz-Giardin JM, Noguerado Asensio A. Bacteriemias. Med Interna. 2005;22(105).
2. Saint S, Veenstra DL, Lipsky BA. The clinical and economic consequences of nosocomial central venous catheter-related infec-tion: are antimicrobial catheters useful? Infect Control Hosp Epidemiol. 2000;21(6):375-80.
3. Sociedad Española de Medicina Preventiva Salud Pública e Higiene EC for DP and C. Estudio de Prevalencia de las Infeccio-nes Nosocomiales en España (EPINE). 2013;(Monograph).
4. O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, Dellinger EP, Garland J, Heard SO, et al. Summary of Recommendations: Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-related Infections. Clin Infect Dis. 2011;52(9):1087-99.

Capítulo 198

Prevención y abordaje de enfermería en los trastornos de conducta alimentaria: Bulimia

Larrondo Velasco, Kimberley

Gómez Ruiz, Inmaculada

García Ruiz, Alba

Alcaraz García, Beatriz

Barón Almansa, Tamara

PREVENCIÓN Y ABORDAJE DE ENFERMERÍA EN LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA: BULIMIA

***AUTORAS**: Inmaculada Gómez Ruiz, Tamara Barón Almansa, Alba García Ruiz, Kimberley Larrondo Velasco, Beatriz Alcaraz García*

1. INTRODUCCIÓN

La imagen corporal representa una construcción social con referentes biológicos, psicológicos, económicos y socioculturales.

SU ALTERACIÓN = TCA

PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

AFECTA SOBRETODO A MUJERES EN ALDOLESCENCIA Y ADULTEZ TEMPRANA

Factores predisponentes en la formación de una imagen corporal negativa:

- SOCIALES Y CULTURALES
- FAMILIA Y AMISTADES
- DESARROLLO FÍSICO Y FEEDBACK SOCIAL
- PERSONALIDAD



CARACTERÍSTICA BULIMIA NERVIOSA : ATRACÓN + PURGA

2. OBJETIVOS

- Ampliar conocimientos sobre nuevas terapias en el abordaje de la bulimia en AP para Enfermería.
- Valorar la importancia de la prevención en los TCA.
- Mejorar el conocimiento sobre la bulimia.

3. METODOLOGÍA

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica utilizando diferentes bases de datos como Elsevier, SCIELO y Pubmed.

4. RESULTADOS

La AP es el primer nivel de entrada del individuo al SNS, por lo que la Enfermería juega un papel clave en la prevención, diagnóstico y tratamiento de los TCA.
Una de las estrategias de Enfermería en AP se basaría en la educación en tres aspectos:

- Información a la población, especialmente a la población en riesgo.
- Actuar ante las conductas que puedan conducir al desarrollo de un TCA, como las dietas.
- Intervenciones ante la cultura de la delgadez y estereotipos de belleza en los medios de comunicación.

IMPORTANTE → PREVENCIÓN DE TCA Y PROMOCIÓN DE UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE EN COLEGIOS
Cambios corporales adolescencia + desconocimiento = Conductas inadecuadas con la comida

En cuanto al tratamiento, es necesario el trabajo de un equipo multidisciplinar formado por médicos, enfermeros, nutricionistas, psicólogos y psiquiatras. La mayor parte de los casos no requieren hospitalización por ser leves y se tratan de manera ambulatoria mediante distintas terapias:

- **TERAPIA DIETÉTICA**: restructuración de la dieta.
- **PSICOTERAPIA**: terapia cognitivo-comportamental en grupo, donde la familia tiene un papel muy importante para la motivación del paciente. Es la base del tratamiento.
- **TERAPIA FARMACOLÓGICA**: antidepresivos ISRS. Reducen episodios de atracón-purga y la ansiedad.

5.CONCLUSIÓN

Se trata de una epidemia actual por el creciente aumento en el número de casos en los últimos años y el desconocimiento del trastorno, por lo que la prevención es la medida más importante para acabar con el problema, siendo aquí donde Enfermería juega un papel muy importante.

Resumen: *El objetivo principal del trabajo fue ampliar los conocimientos acerca de las nuevas terapias en el abordaje de la bulimia en Atención Primaria por parte del personal de enfermería, así como ampliar los conocimientos acerca de la bulimia, para mejorar en el proceso de prevención de este tipo de trastorno alimentario desde el primer nivel dentro del Sistema Nacional de Salud.*

Palabras Clave: *Trastornos de conducta alimentaria; imagen corporal; actitudes alimentarias.*

Introducción

Los trastornos de conducta alimentaria han aumentado su incidencia en los últimos años, por lo que se consideran un problema importante de salud pública. Este trabajo, se centra en la bulimia, ya que dentro de los trastornos de conducta alimentaría es el que tiene mayor prevalencia.

La imagen corporal corresponde a la representación mental realizada del tamaño, figura y forma de nuestro cuerpo, es decir, cómo lo vemos y cómo creemos que los demás lo ven. La sociedad influye en como nosotros construimos y percibimos nuestra imagen corporal, así que esta construcción se considera un fenómeno social, ya que está expuesta a los cambios influenciados por los factores socioculturales de la época (1).

Diversos estudios afirman que la preocupación por la percepción de una imagen corporal negativa, va disminuyendo a medida que aumenta la edad. Esto puede deberse a un proceso de "adaptación pasiva" que experimentan las personas mayores y ancianos y que está relacionada con la resignación.

Factores predisponentes en la formación de una imagen corporal negativa:

- Sociales y culturales.
- Familia y amistades.
- Desarrollo físico y feedback social.
- Personalidad.

Los trastornos de la conducta alimentaria, se consideran graves enfermedades psiquiátricas que se caracterizan por alteraciones del comportamiento y las actitudes en relación con la ingestión de alimentos.

Teniendo en cuenta los datos epidemiológicos, se sabe que afectan más durante el periodo de la juventud temprana y la adolescencia, pues durante esta etapa tienen lugar la mayoría de los cambios psicológicos y biológicos (1) y los jóvenes se encuentran especialmente preocupados por su aspecto físico.

En la mayoría de los casos afectan a mujeres, afectando en menos casos a hombres, aunque en los últimos años los datos sobre ellos hayan aumentado (1).

La bulimia se caracteriza principalmente por la presencia recurrente de episodios de atracones que consisten en la ingestión rápida de importantes cantidades de comida en un corto periodo de

ISBN: 978-84-949197-6-3

tiempo. A continuación, el individuo siente la necesidad de cambiar la situación, por lo que se llevan a cabo conductas para disminuir el aumento de peso y el efecto del atracón. Estas medidas pueden ser: inducción del vómito, dietas estrictas basadas en consumir pocas calorías, realización de ejercicio físico intenso, uso de laxantes y diuréticos (1,3)

Algo que llama mucho la atención de este trastorno, es que no tiene por qué darse una alteración del peso corporal. La bulimia nerviosa, puede pasar desapercibida y ocultarse bajo la presencia un normopeso, sobrepeso o infrapeso, generando sentimientos de culpabilidad o vergüenza en quien lo sufre.

Objetivos

- Ampliar conocimientos sobre nuevas terapias en el abordaje de la bulimia en Atención Primaria para Enfermería.
- Valorar la importancia de la prevención en los trastornos de conducta alimetaría.
- Mejorar el conocimiento sobre la bulimia.

Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica utilizando diferentes bases de datos como Elsevier, SCIELO y Pubmed.

Resultados

La atención primaria se considera el primer nivel de entrada del individuo al sistema sanitario, por lo que debería ser clave en la prevención, diagnóstico y tratamiento y es aquí donde enfermería y todos los profesionales sanitarios juegan un papel muy importante.

Una de las estrategias de enfermería en Atención Primaría se basaría en la educación en tres aspectos:

- Información a la población, especialmente a la población en riesgo.
- Actuar ante las conductas que puedan conducir al desarrollo de un trastorno de conducta alimentaría, como las dietas.
- Intervenciones ante la cultura de la delgadez y estereotipos de belleza en los medios de comunicación.

Para el tratamiento de estos trastornos es necesario el trabajo de un equipo multidisciplinar formado por médicos, enfermeros, psicólogos, nutricionistas y psiquiatras (2). Gracias a la creación de unidades específicas donde se tratan estos trastornos, los pacientes han experimentado una mejora en sus pronósticos.

La mayor parte de los casos no requieren de hospitalización al ser leves, por lo que el tratamiento se realizaría de manera ambulatoria (3), con lo que el ingreso hospitalario se reserva para aquellos casos en los que la consulta o el hospital de día han fracasado, o la situación nutricional u orgánica aumentan de gravedad (2,5).

El tratamiento para la bulimia nerviosa se puede dividir en diferentes terapias:

- Terapia dietética: la restructuración de la dieta es uno de los objetivos principales al inicio del tratamiento (2,5). La planificación de las comidas y su autorregistro, es una de las técnicas utilizadas. Un punto a tener en cuenta es evitar los controles dietéticos estrictos, ya que pueden conseguir el efecto contrario y aumentar la obsesión por los alimentos (4).

- Psicoterapia: Terapia cognitivo-comportamental en grupo y en algunos casos la terapia familiar supuso una mejor adaptación al tratamiento por parte del paciente, evitando así episodios de internación (4). Es la base del tratamiento.
- Psicofarmacológico: Los antidepresivos ISRS pueden ser de gran utilidad en combinación con la psicoterapia ya que reducen los episodios de atracón-purga y la ansiedad.

Conclusión.

El tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria es complicado, por lo que es necesario el desarrollo de nuevos métodos para la detección de los mismos. Además, estaría bien llevar a cabo programas preventivos dirigidos a la población más vulnerable para frenar el problema. Estos programas deberán ser impartidos por profesionales expertos junto con los educadores, ya que si no, se podría conseguir el efecto contrario, propagar las conductas que se han de evitar.

Bibliografía

1. Portela De Santana ML, Da Costa Ribeiro J, Mora Giral M, Raich RM a. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. Nutr Hosp. 2012;27(2):391–401.
2. Magallares A, Jauregui-Lobera I, Ruiz-Prieto I, Santed MA. Antifat attitudes in a sample of women with eating disorders. Nutr Hosp [Internet]. 2013;28(3):649–53. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23848084.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. 2009. 33-54 p.
4. Kuten E, Granel A. Tratamiento de los pacientes con trastornos alimentarios. Evid actual práct ambul [Internet]. 2007;10(3):81–4. Available from: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=516174&indexSearch=ID.
5. Mehler PS, Rylander M. Bulimia Nervosa - medical complications. J Eat Disord [Internet]. 2015;3:12. Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4392812&tool=pmcentrez&rendertype=abstract.

Capítulo 199

Procedimiento para una correcta actuación sanitaria ante un caso de violencia de género en España

Gavira Rodríguez, Nuria

Gutiérrez Delgado, Miguel Ángel

Moscoso Delgado, Cristina

PROCEDIMIENTO PARA UNA CORRECTA ACTUACIÓN SANITARIA ANTE UN CASO DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN ESPAÑA

INTRODUCCIÓN

Se conoce como violencia de género a cualquier mal trato hacia las mujeres, aunque las actuaciones que se proponen están centradas en la violencia ejercida por la pareja, ya que es el tipo más frecuente en nuestro País.

En el siguiente procedimiento queremos explicar un resumen de como actuaríamos el personal sanitario si nos encontramos con un caso de violencia de género, ya que estos servicios ofrecen un papel fundamental para ayudar y detectar estos casos, ya que las victimas requieren muy a menudo de dichos servicios por su afectación tanto física como psicológica, por lo que suelen acudir a centros de atención primario, o en casos más extremos a urgencias.

OBJETIVOS

1. Identificar una situación de violencia de genero
2. Describir una correcta actuación en el servicio sanitario para que los profesionales de la salud sepan manejar los distintos casos de violencia y reducir el tiempo de actuación.

MÉTODOLOGÍA

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de lo más relevante en cuanto a una correcta actuación sobre la violencia de género en servicios sanitarios.

El personal sanitario debe tener una correcta actuación unificada y actualizada para tratar a estas víctimas;

1. Se debe prevenir la violencia desde los servicios sanitarios que identifiquen dicha actuación,
2. Se debe proveer a las mujeres de una correcta atención sanitaria en situación de violencia
    a. Detectando precozcomente las señales
    b. Valorando la situación
    c. Ejerciendo planes de actuación

3. Debemos prestan atención a hijos e hijas víctimas de violencia de genero
4. Debemos actuar con los hombres que ejercen violencia contra las mujeres.

Para elaborar este proceso, debemos realizar una correcta anamnesis de la situación, ya que según los estudios, si se realizan preguntas directas, la mayoría de las mujeres están dispuestas a revelar su situación, para esto, debemos buscar estar a solas con la mujer, asegurando su intimidad y confidencialidad.

Se debe estar alerta sobre posibles signos y síntomas y realizar seguimiento.

Se debe ofrecer una atención sanitaria integral y registrarla en la historia clínica, ofreciendo apoyo, manteniendo una situación empática que facilite la comunicación, con escucha activa.

No debemos escatimar en tiempo, debemos crear un clima de confianza.

Una vez hayamos abordado directamente el tema, preguntando de forma clara, deberíamos expresar que la violencia nunca está justificada en las relaciones.

Debemos informar y remitir los recursos que existen en la comunidad, estimulándola y apoyándola en todo momento y respetando su propia evolución.

La coordinación entre los equipos de Atención Primaria, hospitalaria, servicios sociales y judiciales son necesarios para el abordaje de cualquier caso de vulnerabilidad importante.

CONCLUSIONES

La violencia de género actualmente es un problema de salud pública, ya que sus índices de mortalidad no dejan de seguir afectando a millones de mujeres en todo el mundo.

Los profesionales sanitarios son fundamentales en la prevención y detección, junto al papel de los servicios sociales, ya que juntos, garantizan una atención integral a las personas víctimas de este problema.

BIBLIOGRAFÍA

1. Calvo González G, Camacho Bejarano R. La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. eglobal [Internet]. 5ene.2014 [citado 4abr.2019];13(1):424-39. Available from: https://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.13.1.181941

2. Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. 2ªEdicion. [Sevilla]: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2015. [Recurso electrónico]. [citado 4abril.2019]. Disponible en; https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af95874e02ad_protocolo_violencia_genero.pdf

3. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. 2012. Informes, estudios e investigación 2012 ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. [Recurso Electronico]. [citado 4abril.2019]. Disponible en; http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/en/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf

Resumen: *La violencia de género es referida a cualquier maltrato hacia las mujeres. Las actuaciones que se proponen están centradas en violencia ejercida por la pareja, ya que es el tipo más frecuente en nuestro país.*

En el siguiente procedimiento explicamos cómo actuaría el personal sanitario si nos encontramos con casos de violencia de género, ya que estos servicios ofrecen un papel fundamental para ayudar y detectar estos sucesos. Las victimas requieren a menudo dichos servicios por su afectación tanto física como psicológica, por lo que suelen acudir a centros de atención primaria, o en casos más extremos a urgencias.

Palabras Clave: *Violencia de género; maltrato; víctima.*

Introducción

La violencia de género o el maltrato hacia las mujeres es el tipo de violencia más frecuente en nuestro país. En el siguiente procedimiento queremos explicar cómo actuaría el personal sanitario ante sucesos de violencia de género, ya que estos servicios tienen un papel fundamental a la hora de detectar casos, puesto que las victimas requieren de servicios de atención primaria o de urgencias para su afectación tanto física como psicológica.

Objetivos

1. Identificar una situación de violencia de género.
2. Describir una correcta actuación en el servicio sanitario para que los profesionales de la salud sepan manejar los distintos casos de violencia y reducir el tiempo de actuación.

Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de lo más relevante en cuanto a una correcta actuación sobre la violencia de género en servicios sanitarios.

El personal sanitario debe tener una correcta actuación unificada y actualizada para tratar a estas víctimas;

1. Se debe prevenir la violencia desde los servicios sanitarios que identifiquen dicha actuación.
2. Se debe proveer a las mujeres de una correcta atención sanitaria en situación de violencia.
    a. Detectando precozcomente las señales.
    b. Valorando la situación.
    c. Ejerciendo planes de actuación.
3. Debemos prestar atención a hijos e hijas víctimas de violencia de género.
4. Debemos actuar con los hombres que ejercen violencia contra las mujeres.

Para elaborar este proceso, debemos realizar una correcta anamnesis de la situación, ya que

ISBN: 978-84-949197-6-3

según los estudios, si se realizan preguntas directas, la mayoría de las mujeres están dispuestas a revelar su situación, para esto, debemos buscar estar a solas con la mujer, asegurando su intimidad y confidencialidad.

Se debe estar alerta sobre posibles signos y síntomas y realizar seguimiento.

Se debe ofrecer una atención sanitaria integral y registrarla en la historia clínica, ofreciendo apoyo, manteniendo una situación empática que facilite la comunicación, con escucha activa.

No debemos escatimar en tiempo, debemos crear un clima de confianza.

Una vez hayamos abordado directamente el tema, preguntando de forma clara, deberíamos expresar que la violencia nunca está justificada en las relaciones.

Debemos informar y remitir los recursos que existen en la comunidad, estimulándola y apoyándola en todo momento y respetando su propia evolución.

La coordinación entre los equipos de Atención Primaria, hospitalaria, servicios sociales y judiciales son necesarios para el abordaje de cualquier caso de vulnerabilidad importante.

Conclusiones

La violencia de género actualmente es un problema de salud pública, ya que sus índices de mortalidad no dejan de seguir afectando a millones de mujeres en todo el mundo.

Los profesionales sanitarios son fundamentales en la prevención y detección, junto al papel de los servicios sociales, ya que juntos, garantizan una atención integral a las personas víctimas de este problema.

Bibliografía

1. Calvo González G, Camacho Bejarano R. La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. eglobal [Internet]. 5ene.2014 [citado 4abr.2019];13(1):424-39. Available from: https://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.13.1.181941.
2. Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. 2ªEdicion. [Sevilla]: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2015. [Recurso electrónico]. [citado 4abril.2019]. Disponible en; https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af95874e02ad_protocolo_violencia_genero.pdf.
3. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. 2012. Informes, estudios e investigación 2012 ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. [Recurso Electronico]. [citado 4abril.2019]. Disponible en; http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/en/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf.

Capítulo 200

Promoción de la actividad física en escolares de infantil y primaria

Moreno Durán, Irene

Martín-Portugués Mendoza, Alba

PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN ESCOLARES DE INFANTIL Y PRIMARIA

INTRODUCCIÓN



Actualmente es conocido a nivel mundial que la actividad física diaria está relacionada con una vida más larga y saludable. Sin embargo, diversos estudios demuestran que la mayor parte de la población española infantil y adulta no realiza una actividad física suficiente como para lograr beneficios.

La inactividad física está reconocida como uno de los factores principales en el incremento de obesidad y otros trastornos endocrinos que se dan en la edad infantil a nivel europeo.

Es por esta razón que consideramos necesaria la promoción del ejercicio físico a nivel internacional con el fin de reintroducir la actividad física en la población general, comenzando desde la infancia.



OBJETIVOS

1. Promover la concepción del deporte en la edad escolar como elemento fundamental de un estilo de vida saludable.
2. Exponer los tipos de actividad física más recomendados para alumnos de educación infantil y primaria.
3. Evaluar la efectividad de la promoción de la salud deportiva en la infancia.

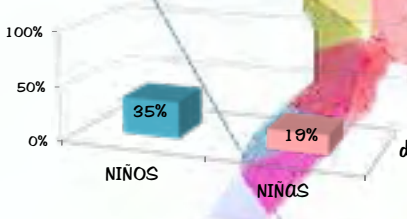
MATERIAL Y MÉTODO

- ✓ **Estrategias de búsqueda:** Se utilizaron bases de datos reconocidas, tales como *MedLine*, *Cochrane*, *Scielo* y *Cuiden*, incluyendo artículos en inglés y castellano.
- ✓ **Criterios de inclusión:** Revisiones sistemáticas y estudios analíticos experimentales relacionados con la promoción del deporte en el periodo infantil, prevención del sedentarismo, beneficios, formas de motivación y programas llevados a la práctica.
- ✓ **Criterios de exclusión:** Se desecharon estudios relacionados con población adulta, que no se adecuasen al tema o con más de 10 años de su publicación.

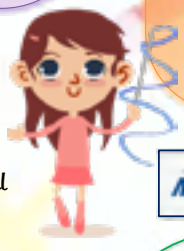
RESULTADOS

La actividad física recomendada para la edad escolar puede clasificarse según su etapa de desarrollo:

- ➢ **De 3 a 6 años:** Natación, bicicleta, gimnasia rítmica, danza, jugar con balones y otras que impliquen moverse, correr o saltar, reduciendo el sedentarismo a menos de una hora seguida diaria.
- ➢ **De 6 a 9 años:** Actividades individuales y en equipos que beneficien a nivel social, psicológico y postural, como artes marciales, fútbol, balonmano, tenis, atletismo y deportes acuáticos.
- ➢ **De 9 a 12 años:** Deportes que requieran habilidades, estrategias y aptitudes técnicas como el baloncesto, hockey, voleibol o fútbol.



Estudio ALADINO (2013). Porcentaje de alumnos de educación primaria que practicaban deporte de manera habitual (2-3 veces por semana).

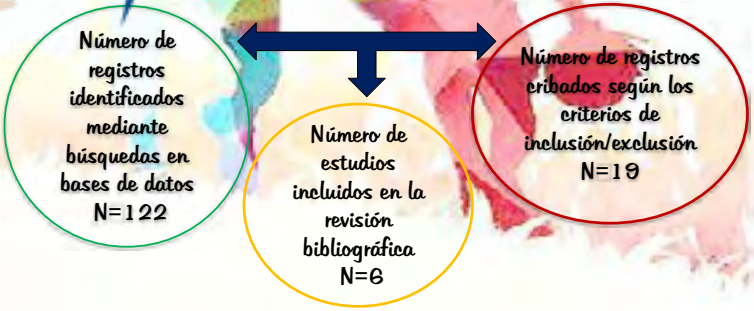


CONCLUSIONES

La prevalencia de obesidad infantil se encuentra en un progresivo aumento ya que más de un 45% de los niños entre 8-13 años presenta sobrepeso, y esto se traduce en enfermedades principalmente de tipo cardiovascular y endocrino-metabólico.

Dichas complicaciones pueden prevenirse promoviendo una actividad física adecuada a la etapa de desarrollo de cada alumno con la finalidad de que éstos adquieran hábitos saludables desde una edad temprana que se mantengan en su edad adulta, mejorando así la calidad de vida de la población general.





REFERENCIAS

Entre más de 120 artículos encontrados en las bases de datos previamente mencionadas, 19 de ellos se encontraban accesibles y eran recientes. Siguiendo los criterios de inclusión y exclusión seleccionamos finalmente 6 para llevar a cabo este proyecto.

Resumen: *La obesidad infantil se ha convertido en una epidemia en España mantenida a lo largo de dos décadas, situándose entre los primeros países con mayor tasa de obesidad infantil. La prevalencia es alta y continúa siendo un problema de salud pública.*

Con el objetivo de prevenirla, se evalúa la efectividad de la promoción de la salud deportiva en la infancia mediante una revisión bibliográfica.

Los tipos de actividad física recomendados para la infancia deben ir acordes con la etapa educativa para respetar los ritmos de desarrollo físico y psicosocial, especialmente en la edad escolar. Los resultados se presentan por etapas.

Palabras Clave: *Ejercicio; promoción de la salud; desarrollo infantil.*

Introducción

En primer lugar es un punto a destacar que los diferentes tipos de deportes y actividades físicas recomendados para la infancia deben ir acordes con la etapa educativa para respetar los ritmos de desarrollo tanto físico como psicosocial, especialmente en la etapa escolar infantil (de 3 a 6 años). Deben por tanto adaptarse a las capacidades físicas, mentales y emocionales del niño para que pueda entender el sentido de la competición, el juego en equipo y el reglamento.

Según el estudio realizado por Gil S., las actuales recomendaciones son:

- Que los niños y adolescentes realicen al menos 60 minutos de actividad física de intensidad moderada a vigorosa todos o la mayoría de los días de la semana.
- Al menos dos días a la semana, esta actividad debe incluir ejercicios para mejorar la salud ósea, la fuerza muscular y la flexibilidad.
- Se debe reducir el tiempo sedentario en menos de 2 horas seguidas en la medida de lo posible.

Objetivos

Según Faigenbaum y col, los objetivos fundamentales del entrenamiento con niños son:

1. Favorecer el crecimiento y desarrollo.
2. Mejorar el rendimiento en las actividades físicas deportivas o recreativas.
3. Prevenir la incidencia de lesiones ofreciendo más resistencia y estabilidad a la masa muscular, tejidos blandos y óseos.

Materiales y métodos

Las Pirámides de Actividad Física de Corbin, una para niños y otra para adolescentes, suponen un gran instrumento para valorar cada componente de la condición física relacionada con la salud y el sedentarismo.

Respecto a los tipos de actividad física recomendados en la edad escolar, podemos clasificarlos en dos grupos dependiendo de su etapa de desarrollo:

ISBN: 978-84-949197-6-3

• Actividades para niños de 3 a 6 años:

Según el pediatra Loeda C., más que practicar deportes formales, en esta edad tiene más sentido que los niños practiquen actividades que impliquen moverse, correr o saltar, reduciendo el sedentarismo a menos de una hora seguida diaria. Algunas de las actividades principales son:

- Natación: La natación es uno de los deportes más completos del mundo. Presenta numerosos beneficios a nivel tanto muscular como respiratorio y cardíaco. Además, aprender a nadar desde edades tempranas enseña al niño a relajarse y a perder el miedo al agua. Con 3 años ya puede comenzar a practicarlo aunque aún sean necesarias medidas de seguridad. Por ello, se recomienda supervisión por los padres y por los monitores durante las clases.

- Bicicleta: El ciclismo es un deporte cuya práctica estimula las capacidades motoras y de coordinación de los niños, además de resultar divertida para ellos. Puede comenzar practicándola con el triciclo hasta que vaya adquiriendo más estabilidad y desarrolle su equilibrio por completo. Al igual que la natación, necesitaría supervisión de un adulto y puede adaptarse a todas las edades.

- Jugar con balones: En esta edad les suele gustar mucho dar patadas a balones, botarlos y lanzarlos. Además, resulta un deporte muy bueno para ellos ya que ejercitan todas las articulaciones, gastan mucha energía, aprenden a trabajar en equipo y desarrollan su velocidad y resistencia. A los 5 o 6 años ya podrían dar clases normales de fútbol o baloncesto.

- Gimnasia rítmica: Suele ser el más preferido por las niñas. Con este deporte ejercitan todo su cuerpo, desarrollan el sentido del ritmo y de la elasticidad. Como en el resto, su dificultad va en aumento a medida que el niño crezca y vaya adquiriendo más habilidades.

- Danza: Bailar es una disciplina que produce un perfecto sentido del equilibrio, ritmo y armonía. Enseña a expresar emociones y eliminar tensiones.

• Actividades para niños de 6 a 9 años:

En esta franja de edad, el pediatra Loeda C. afirma que las aptitudes de los niños mejoran gradualmente y les permiten entrenar sus habilidades. A diferencia de la anterior, en esta edad ya pueden practicar deportes individuales y en equipos, tales como artes marciales (especialmente el judo), fútbol o balonmano, ya que alcanzan una mayor comprensión del juego por equipos y de las reglas y fundamentos de los distintos deportes.

Destaca también que las actividades individuales benefician más a nivel psicológico, como el tenis o el atletismo, y las actividades grupales fomentan el desarrollo interactivo y de habilidades sociales.

Según el fisioterapeuta Méndez F.J., en esta edad los deportes acuáticos ayudan a prevenir hábitos posturales incorrectos que debiliten determinadas zonas de la espalda. Un ejemplo sería la natación, que puede evitar o corregir problemas como la escoliosis.

Igualmente se incide en la necesidad de vigilancia y evitar el agotamiento, ya que el cuerpo de un niño no soporta la misma resistencia física que el de un adulto, por tanto habría que respetar unos límites sin llegar a la fatiga física o mental.

• Actividades para niños de 9 a 12 años:

Según Loeda C., en los últimos años de la educación primaria los niños tienen una visión y coordinación totalmente desarrollada, por lo que pueden comprender la organización y estrategias de

los juegos en equipo.

Pueden, por tanto, practicar deportes que requieran aptitudes técnicas a nivel de competición, como el baloncesto, hockey, voleibol o fútbol.

Por otra parte, el fisioterapeuta Cantón D. no recomienda deportes en los que sólo se desarrolle una parte del cuerpo, como el tenis. Esto se debe a que presenta el inconveniente de que se desarrolla más un hemicuerpo que otro, por lo que tendrá dificultades para mantener el equilibrio y podría tener problemas futuros.

Bibliografía

1. Merino, B.; González, E.; Aznar, S.; Webster, T.; López, J.; Tolsá, J. Actividad física y salud en la infancia y la adolescencia. Rev. Promoción de la Salud y Epidemiología. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación y Ciencia. España 2017.
2. Carranza, M.; Valles, T.; Alvano, D.; de la Torre, E.; González, C.; Echeita, R.; Latorre, J.; López, A.; López, F.J.; Lleixá, T.; Meilán, C.; Romero, S.; Puchades, H.; Sánchez, P.; Hernández, J.L. Plan integral para la actividad física y el deporte. Versión 1. Octubre 2013.
3. Matsudo, S. Physical Activity: a Health Passport. Revista Médica Clínica Condes 2012; 23(3) 209-217.
4. Gil, S. Actividad física en Niñez y Adolescencia. Rev. Vida Training. Buenos Aires, Argentina. Marzo 2016.
5. Salazar, C.M.; Juárez, R.; Andrade, A.I.; Peña, C.S.; Arrellano, A.C.; Hernández, J.A. Percepción del beneficio de los deportes y actividades recreativas en habilidades para la vida en niños y adolescentes de Ciudad Júarez. México. 2016. Rev. Sportis Sci J, 2 (3), 356-378.

Capítulo 201

Punción seca en el tratamiento del Síndrome de Dolor Miofascial Masticatorio y Bruxismo

Rodríguez López, Elena

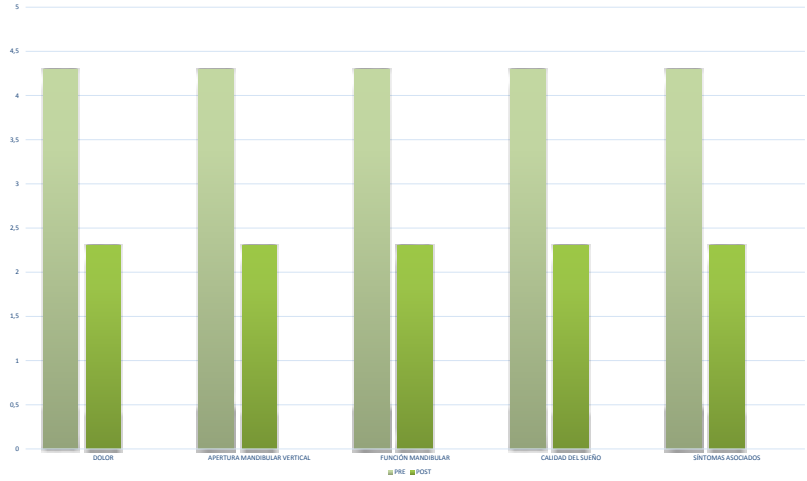
López Gil, María del Pilar

Punción seca en el tratamiento del Síndrome de Dolor Miofascial masticatorio y Bruxismo. *Caso Clínico.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El síndrome de dolor miofascial (SDM) masticatorio es una afección dolorosa caracterizada por la presencia de dolor y sensibilidad en puntos gatillo miofasciales (PGM) de la musculatura masticatoria, el principal grupo muscular afectado en pacientes con bruxismo. Entre los diferentes abordajes del bruxismo nocturno desde la fisioterapia se encuentra la punción seca (PS), que actúa directamente sobre los PGM, lo que justifica su utilización en este caso clínico.

El objetivo del estudio es determinar la efectividad de la PS en pacientes con SDM masticatorio y diagnóstico de bruxismo nocturno.

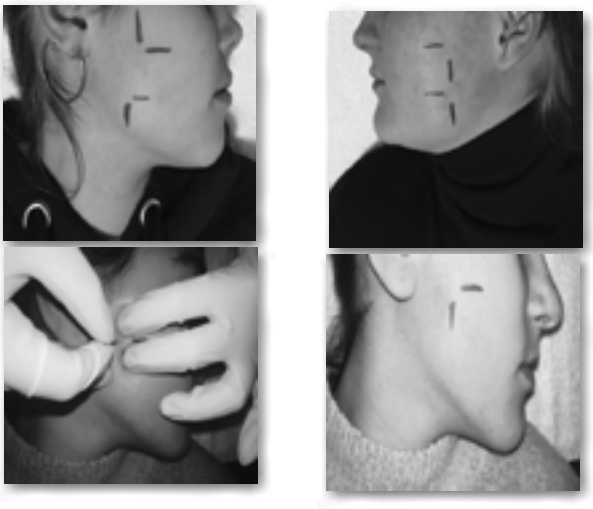


METODOLOGIA

Se incluyó en el estudio una muestra de 3 sujetos, mujeres de 21 años con diagnóstico de bruxismo nocturno y SDM masticatorio, que fueron sometidas a un tratamiento mediante PS profunda en el músculo masetero.

RESULTADOS

Todos los sujetos obtuvieron una mejoría en las cinco variables de estudio, dolor, apertura mandibular vertical, función mandibular, calidad del sueño y síntomas asociados.



CONCLUSIONES

El SDM masticatorio en pacientes con bruxismo supone un reto para la investigación, pese a la ausencia clara de evidencia sobre la PS profunda en este campo, el presente estudio clínico destaca la efectividad de la técnica en el tratamiento del músculo masetero en pacientes con bruxismo nocturno y sugiere la elaboración de nuevos estudios con estructura y diseño capaz de aportar mayor fiabilidad y evidencia.

BIBLIOGRAFIA

1. Borg-Stein J, Iaccarino MA. Myofascial pain syndrome treatments. Phys Med Rehabil Clin N Am [Internet]. 2014;25(2):357–74. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.pmr.2014.01.012
2. Renton T. Chronic orofacial pain. Oral Dis. 2017;23(5):566–71.
3.Palinkas M, Bataglion C, de Luca Canto G, Machado Camolezi N, Theodoro GT, Siéssere S, et al. Impact of sleep bruxism on masseter and temporalis muscles and bite force. Cranio - J Craniomandib Pract. 2016;34(5):309–15.

Resumen: *El síndrome de dolor miofascial (SDM) masticatorio es una afección dolorosa caracterizada por la presencia de dolor y sensibilidad en puntos gatillo miofasciales (PGM) de la musculatura masticatoria, el principal grupo muscular afectado en pacientes con bruxismo. Entre los diferentes abordajes del bruxismo nocturno desde la fisioterapia se encuentra la punción seca (PS), que actúa directamente sobre los PGM, lo que justifica su utilización en este caso clínico y a su vez, el objetivo del estudio, determinar la efectividad de la PS en pacientes con SDM masticatorio y diagnóstico de bruxismo nocturno.*

Palabras Clave: *Punción seca; masetero; punción profunda.*

Introducción

El síndrome de dolor miofascial (SDM) es una afección dolorosa caracterizada por la presencia de puntos gatillo miofasciales en el músculo esquelético que pueden provocar dolor o disfunciones en el músculo afecto.

En el contexto del SDM, aparece el síndrome de dolor miofascial masticatorio, cuyo cuadro clínico se caracteriza por la existencia de dolor y sensibilidad en la musculatura masticatoria y cuyo diagnóstico se basa en la historia clínica y exploración física del paciente. Dentro de las estructuras afectadas por el SDM masticatorio, encontramos el músculo masetero, que aparece en más de un 60% de los casos de dolor, seguido de los músculos pterigoideo medial y temporal.

La punción seca (PS) se define como la técnica encargada de insertar agujas en puntos gatillo miofasciales (PGM), con el objetivo de reducir la tensión muscular, aliviar el dolor y restaurar la función normal de una estructura muscular, siendo los PGM, aquellos puntos sensibles dentro de una banda muscular palpable que pueden provocar dolor y disfunción muscular.

Debido a que síndrome de dolor miofascial masticatorio se considera un síndrome miofascial y por ello, presenta puntos susceptibles de tratamiento con punción seca, y debido a la gran incidencia del bruxismo nocturno en la población, se establecen las bases y objetivos del presente caso clínico: determinar la efectividad de la punción seca en el síndrome miofascial masticatorio en pacientes con diagnóstico de bruxismo nocturno.

Metodología

Se describen tres casos clínicos de pacientes con diagnóstico de bruxismo y síndrome de dolor miofascial masticatorio. Para facilitar el manejo y la comprensión se asignó a cada sujeto un número del 1 al 3.

El diagnóstico del síndrome de dolor miofascial masticatorio se realizó en base a los datos recogidos en la anamnesis y exploración física, partiendo de un punto común entre todos los sujetos: el diagnóstico de bruxismo.

En el proceso de anamnesis, todos los sujetos completaron la Escala de graduación numérica del dolor antes de ambas punciones y siete días después de la segunda punción. El Índice de Calidad del sueño de Pittsburgh antes y después del tratamiento completo y el Cuestionario de función mandibular pre y post punción inmediato.

ISBN: 978-84-949197-6-3

En el examen físico se inspeccionaron, además del masetero, musculatura facial, masticatoria y cervical en la que pudiera existir algún punto gatillo clave que provocara dolor referido hacia la región en la que los sujetos presentaron dolor.

Una vez realizada la anamnesis y la exploración física y establecido el objetivo de realizar la técnica de punción seca sobre el músculo masetero, se creó una programa de tratamiento; 3 punciones a cada sujeto con 10 y 15 días entre la 2º y la 3º punción respectivamente, con las convenientes evaluaciones.

Posteriormente, comenzó el proceso de punción, con una selección del material adecuado para el tratamiento de cada sujeto, eligiendo como tamaño de aguja el de 0,16 x 25 mm en los tres casos.

Los parámetros de aplicación de la técnica fueron iguales en todos los sujetos.

Todos los pacientes fueron colocados sobre la camilla en decúbito supino con la cabeza girada contralateralmente y asegurando que la región craneocervical se encontrara en una posición cómoda.

Tras la identificación de PG a través de palpación plana, se realizó punción seca profunda mediante la técnica de Hong, efectuando inserciones múltiples y rápidas de la aguja en los puntos dolorosos, mientras se contaba con las indicaciones del paciente: si había notado alguna sensación eléctrica, alguna contracción que no se hubiera percibido desde la palpación, si aparecía dolor referido hacia algún punto o si se manifestaban los síntomas recogidos en la anamnesis.

Resultados

Los resultados obtenidos se dividieron en función de las cinco variables estudiadas: dolor, mediante la Escala de graduación numérica del dolor, calidad del sueño, mediante el Índice de Pittsburgh , función mandibular, mediante el Cuestionario de función mandibular, apertura bucal en cm, evaluada de forma manual empleando una regla centimetrada y la presencia de síntomas que conformaban el cuadro clínico mediante la elaboración de una tabla que contenía todos los síntomas presentes pre y post tratamiento.

Todos los sujetos obtuvieron una mejoría en las cinco variables de estudio, dolor, apertura mandibular vertical, función mandibular, calidad del sueño y síntomas asociados.

Conclusiones

El SDM masticatorio en pacientes con bruxismo supone un reto para la investigación, pese a la ausencia clara de evidencia sobre la PS profunda en este campo, el presente estudio clínico destaca la efectividad de la técnica en el tratamiento del músculo masetero en pacientes con bruxismo nocturno y sugiere la elaboración de nuevos estudios con estructura y diseño capaz de aportar mayor fiabilidad y evidencia

Bibliografía

1. Borg-Stein J, Iaccarino MA. Myofascial pain syndrome treatments. Phys Med Rehabil Clin N Am [Internet]. 2014;25(2):357–74. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.pmr.2014.01.01
2. Renton T. Chronic orofacial pain. Oral Dis. 2017;23(5):566–71.
3. Palinkas M, Bataglion C, de Luca Canto G, Machado Camolezi N, Theodoro GT, Siéssere S, et al. Impact of sleep bruxism on masseter and temporalis muscles and bite force. Cranio - J Craniomandib Pract. 2016;34(5):309–15.

Capítulo 202

Qué sabe la población de la resucitación cardiopulmonar y desfibriladores externos automatizados

Sanz Estudillo, Francisca

Martín Arevalo, María del Prado

Agudo Mosquera, Silvia Natalia

Esquivel García, Julia

Moreno Ruiz, Alicia

Cubero Ruedas, Ana

QUE SABE LA POBLACIÓN DE LA RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR Y DESFIBRILADORES EXTERNOS AUTOMATIZADOS.





AUTORES:

INTRODUCCIÓN.

La parada cardiorespiratoria se define como la interrupción brusca y potencialmente reversible de la respiración y de la actividad mecánica del corazón. Entre el 25 y 50% son debidas a fibrilación ventricular, causa principal de la muerte súbita. Como respuesta a esta situación tenemos las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP), que intentan sustituir y restablecer la respiración y circulación espontáneas. La supervivencia y disminución de las secuelas van a depender de la cadena de supervivencia.

No existen dudas de la RCP aumenta la supervivencia y salva vidas. La probabilidad de sobrevivir ante una PCR extrahospitalaria, puede aumentar hasta cinco veces si se inician las maniobras de RCP por los primeros intervinientes.

Aproximadamente el 80% de PCR se produce en la vía pública. Estar sin circulación durante varios minutos, reduce la supervivencia hasta un 10-12% por cada minuto que pasa. Por lo que juega un papel primordial el conocimiento sobre SVB que tengan los testigos. Que la intervención sea lo más exitosa dependerá de las primeras personas que socorran a la víctima, independientemente de los servicios de atención médica extrahospitalaria que acudan al lugar.

OBJETIVOS.



- ***OBJETIVO PRINCIPAL.***

  Conocer la población que no tiene conocimientos sobre maniobras de RCP y manejo de desfibrilador automático, y que por tanto debería realizar un curso teórico-práctico.

- ***OBJETIVOS SECUNDARIOS.***

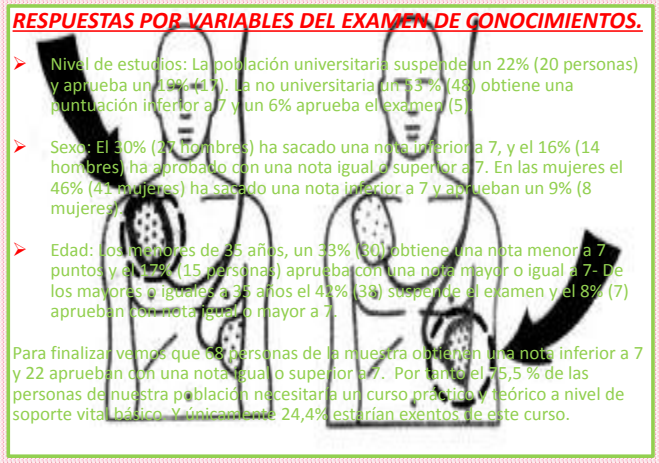
  - Conocer si se creen capacitados para realizar maniobras de RCP y utilizar un DEA.
  - Conocer donde recibieron formación sobre RCP y/o manejo de DEA.
  - Conocer las causas en el caso de no haber realizado ningún tipo de formación sobre RCP.
  - Conocer si estarían interesados en realizar algún taller de RCP.
  - Conocer si saber lo que es una PCR.
  - Conocer si saben reconocer un DEA de acceso público.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Estudio observacional transversal. La recogida de datos y el proyecto se llevó a cabo entre marzo del 2018 y febrero del 2019. La muestra a estudio fue de 90 personas de edades comprendidas entre los 18 y 65 años. Se encuestaron a 41 mujeres y 49 hombres. A cada uno se les entregó una encuesta evaluativa.

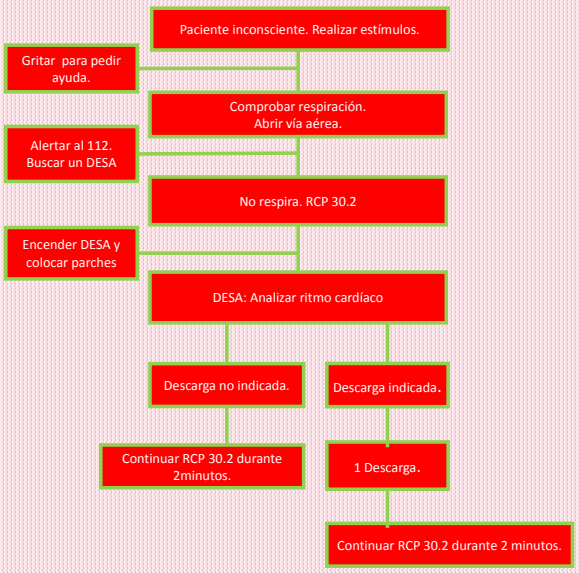
Para la estadística descriptiva: las variables cualitativas se describieron con frecuencias y porcentajes y las variables cuantitativas con medias, desviaciones típicas y rangos con valores máximos y mínimos.

RESPUESTAS POR VARIABLES DEL EXAMEN DE CONOCIMIENTOS.

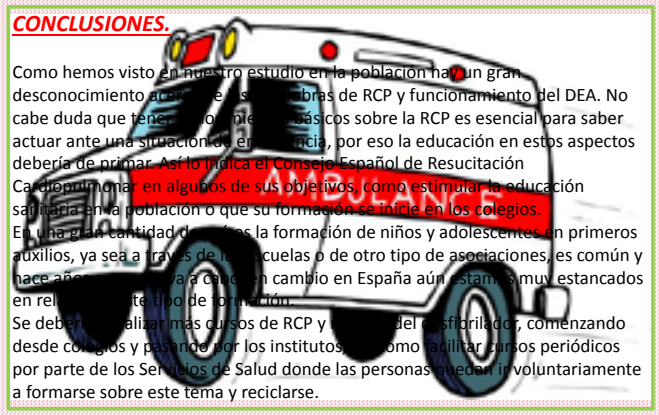


- Nivel de estudios: La población universitaria suspende un 22% (20 personas) y aprueba un 10% (15). La no universitaria un 33 % (48) obtiene una puntuación inferior a 7 y un 6% aprueba el examen (5).
- Sexo: El 30% (27 hombres) ha sacado una nota inferior a 7, y el 16% (14 hombres) ha aprobado con una nota igual o superior a 7. En las mujeres el 46% (41 mujeres) ha sacado una nota inferior a 7 y aprueban un 9% (8 mujeres).
- Edad: Los menores de 35 años, un 33% (30) obtiene una nota menor a 7 puntos y el 17% (15 personas) aprueban con una nota mayor o igual a 7. De los mayores o iguales a 35 años el 42% (38) suspende el examen y el 8% (7) aprueban con nota igual o mayor a 7.

Para finalizar vemos que 68 personas de la muestra obtienen una nota inferior a 7 y 22 aprueban con una nota igual o superior a 7. Por tanto el 75,5 % de las personas de nuestra población necesitaría un curso práctico y teórico a nivel de soporte vital básico. Y únicamente 24,4% estarían exentos de este curso.



CONCLUSIONES.



Como hemos visto en nuestro estudio en la población hay un gran desconocimiento acerca de las maniobras de RCP y funcionamiento del DEA. No cabe duda que tener conocimientos básicos sobre la RCP es esencial para saber actuar ante una situación de emergencia, por eso la educación en estos aspectos debería de primar. Así lo indica el Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar en algunos de sus objetivos, como estimular la educación sanitaria en la población o que su formación se inicie en los colegios.
En una gran cantidad de países la formación de niños y adolescentes en primeros auxilios, ya sea a través de las escuelas o de otro tipo de asociaciones, es común y hace años que va a conocer un cambio en España aún estamos muy estancados en relación a este tipo de formación.
Se deberían realizar más cursos de RCP y uso del desfibrilador, comenzando desde colegios y pasando por los institutos, así como facilitar cursos periódicos por parte de los Servicios de Salud donde las personas puedan ir voluntariamente a formarse sobre este tema y reciclarse.

BIBBLIOGRAFÍA.

Fradejas Sastre V, Pérez Velasco P. Importancia de una comunidad educativa formada en técnicas de reanimación cardiopulmonar. Nuberus Científica 2013 (acceso 8 de diciembre de 2018); 2(10). Disponible en: http://www.Enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/artículos/1077
Safar P.History of cardiopulmonary-cerebral resscitation.En: Cardiopulmonary resuscitation. Kaye W, Bicher N editors. New York: Churchill Livingstone 1989:1-53.
Safar P. On the history of modern resuscitation. Crit Med 1996; 24(Suppl): S3-S11
Consejo europeo de resucitación (sede web). Recomendaciones para la Resucitación 2015 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC). http://cpcp.org.es/wp-content/uploads/Documentos/Recomendaciones-ERC 2015 Resumenejecutivi. Pdf
Rcppeditrica.org(internet). España: Grupo Español de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica yNeonatal; 2014 (Actualizado 23 marzo 2018; citado 25diciembre 2017). Disponible en: http://www.rcppediatrica.org/?p=1974

Resumen: *La parada cardiorespiratoria se define como la interrupción brusca y potencialmente reversible de la respiración y de la actividad mecánica del corazón. Como respuesta a esta situación tenemos las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP), que intentan sustituir y restablecer la respiración y circulación espontáneas. La supervivencia y disminución de las secuelas van a depender de la cadena de supervivencia.*

No existen dudas de la RCP aumenta la supervivencia y salva vidas. La probabilidad de sobrevivir ante una PCR extrahospitalaria, puede aumentar hasta cinco veces si se inician las maniobras de RCP por los primeros intervinientes.

Palabras Clave: *Cadena; población; DEA.*

Introducción

La parada cardiorrespiratoria se define como la interrupción brusca y potencialmente reversible de la respiración y de la actividad mecánica del corazón. Entre el 25 y 50% son debidas a fibrilación ventricular, causa principal de la muerte súbita. Como respuesta a esta situación tenemos las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP), que intentan sustituir y restablecer la respiración y circulación espontáneas. La supervivencia y disminución de las secuelas van a depender de la cadena de supervivencia.

No existen dudas de que la RCP aumenta la supervivencia y salva vidas. La probabilidad de sobrevivir ante una PCR extra hospitalaria, puede aumentar hasta cinco veces si se inician las maniobras de RCP por los primeros intervinientes.

Aproximadamente el 80% de PCR se produce en la vía pública. Estar sin circulación durante varios minutos, reduce la supervivencia hasta un 10-12% por cada minuto que pasa. Por lo que juega un papel primordial el conocimiento sobre SVB que tengan los testigos. Que la intervención sea lo más exitosa dependerá de las primeras personas que socorran a la victima, independientemente de los servicios de atención médica extra hospitalaria que acudan al lugar.

Objetivos

El ***objetivo principal*** es conocer la población que no tiene conocimientos sobre maniobras de RCP y el manejo de desfibrilador automático, y que por tanto esta población debería realizar un curso teórico-práctico para ampliar sus conocimientos y saber enfrentarse a dicha situación.

Otros objetivos a tener en cuenta serían:

- Conocer si estas personas se creen capacitados para realizar maniobras de RCP y utilizar un DEA.
- Conocer donde han recibido formación sobre RCP y/o manejo de DEA.
- Conocer las causas en el caso de no haber realizado ningún tipo de formación sobre RCP.
- Conocer si estarían interesados en realizar algún taller de RCP.
- Conocer si saben lo que es una PCR.
- Conocer si saben reconocer un DEA de acceso público.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Material y métodos

Se ha utilizado un estudio observacional transversal. La recogida de datos y el proyecto se llevó a cabo entre marzo del 2018 y febrero del 2019.

La muestra a estudio fue de 90 personas de edades comprendidas entre los 18 y 65 años. Se encuestaron a 41 mujeres y 49 hombres. A cada uno se les entregó una encuesta evaluativa.

Para la estadística descriptiva: Las variables cualitativas se describieron con frecuencias y porcentajes y las variables cuantitativas con medias, desviaciones típicas y rangos con valores máximos y mínimos.

Resultados

Las respuestas obtenidas por variables del examen de conocimientos según:

- Nivel de estudios: La población universitaria suspende un 22% (20 personas) y aprueba un 19% (17). La no universitaria un 53 % (48) obtiene una puntuación inferior a 7 puntos y un 6% aprueba el examen (5).

- Sexo: El 30% (27 hombres) ha sacado una nota inferior a 7 puntos, y el 16% (14 hombres) ha aprobado con una nota igual o superior a 7 puntos. En las mujeres el 46% (41 mujeres) ha sacado una nota inferior a 7 puntos y aprueban un 9% (8 mujeres).

- Edad:

    - Los menores de 35 años, un 33% (30) obtiene una nota menor a 7 puntos y el 17% (15 personas) aprueba con una nota mayor o igual a 7 puntos.

    - De los mayores o iguales a 35 años el 42% (38) suspende el examen y el 8% (7) aprueban con nota igual o mayor a 7 puntos.

Para finalizar vemos que 68 personas de la muestra obtienen una nota inferior a 7 puntos y 22 aprueban con una nota igual o superior a 7 puntos. Por tanto el 75,5 % de las personas de nuestra población necesitaría un curso práctico y teórico a nivel de soporte vital básico. Y únicamente 24,4% estarían exentos de este curso.

Conclusiones

Como hemos visto en nuestro estudio en la población hay un gran desconocimiento acerca de las maniobras de RCP y funcionamiento del DEA. No cabe duda que tener conocimientos básicos sobre la RCP es esencial para saber actuar ante una situación de emergencia, por eso la educación en estos aspectos debería de ser prioritaria. Así lo indica el Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar en algunos de sus objetivos, como estimular la educación sanitaria en la población o que su formación se inicie en los colegios.

En una gran cantidad de países la formación de niños y adolescentes en primeros auxilios, ya sea a través de las escuelas o de otro tipo de asociaciones, es común y hace años que se lleva a cabo, en cambio en España aún estamos muy estancados en relación a este tipo de formación.

Se deberían realizar más cursos de RCP y manejo del desfibrilador, comenzando desde colegios y pasando por los institutos, así como facilitar cursos periódicos por parte de los Servicios de Salud donde las personas puedan ir voluntariamente a formarse sobre este tema y reciclarse.

Como propuesta de línea de investigación nos gustaría formar a la población en maniobras de RCP y manejo del DEA mediante clases teóricas y prácticas de entre 3 y 6 días de duración y no más de 4 horas por cada sesión, y después evaluar sus conocimientos mediante encuestas, para ver si resulta eficaz llevar a cabo esta educación sanitaria. Así como realizar de nuevo encuestas pasados entre 3-6 meses y ver si continúan sus conocimientos a pesar de haber pasado tiempo de las clases teóricas y prácticas.

Bibliografía

1. Fradejas Sastre V, Pérez Velasco P. Importancia de una comunidad educativa formada en técnicas de reanimación cardiopulmonar. Nuberus Científica 2013 (acceso 8 de diciembre de 2018); 2(10). Disponible en: http://www.
2. Enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/artículos/1077.
3. Safar P.History of cardiopulmonary-cerebral resscitation.En: Cardiopulmonary resuscitation. Kaye W, Bicher N editors. New York: Churchill Livingstone 1989:1-53.
4. Safar P. On the history of modern resuscitation. Crit Med 1996; 24(Suppl): S3-S11.
5. Consejo europeo de resucitación (sede web). Recomendaciones para la Resucitación 2015 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC). http://cercp.org/images/stories/recursos/Documentos/Recomendaciones ERC 2015.

Capítulo 203

Reacciones transfusionales

Honrado López Menchero, Aurora

Barrios Rubio, Laura

Rabadán Arévalo, Marta

Cortecero Sanz, María Cristina

Céspedes Valero, María Ester

Molina Romero, Pedro

XI Congreso de Investigación Enfermería y Fisioterapia

sescam

REACCIONES TRANSFUSIONALES

INTRODUCCION

La Hemovigilancia es el sistema de notificaciones adversas asociadas a la transfusión, donación, calidad y seguridad de los componentes sanguíneos.

Es labor de los Centros de Transfusión asegurar la calidad de los componentes sanguíneos, garantizar los criterios correctos de transfusión y administración segura de los componentes.

El **objetivo** de este estudio es conocer y registrar las reacciones adversas y seguimiento de los pacientes, relacionadas con la transfusión de sangre durante el periodo de estudio, así como los síntomas más frecuentes presentes en las reacciones.

MATERIAL Y MÉTODO

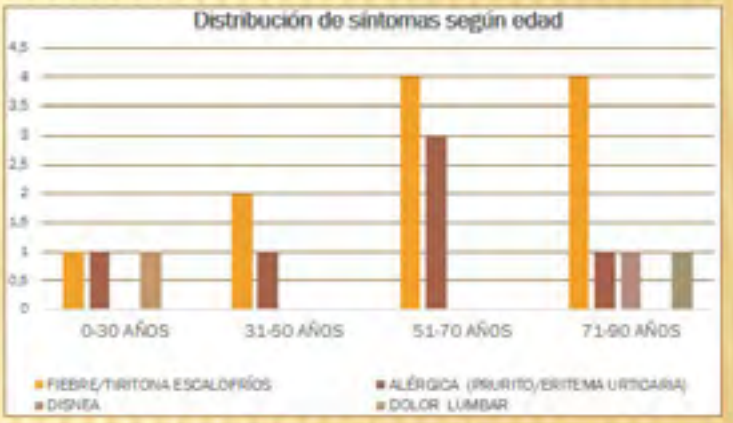
Estudio cuantitativo, observacional, prospectivo y longitudinal, el cual se inició el 1 de enero de 2018 y concluyó el 1 de febrero de 2019.

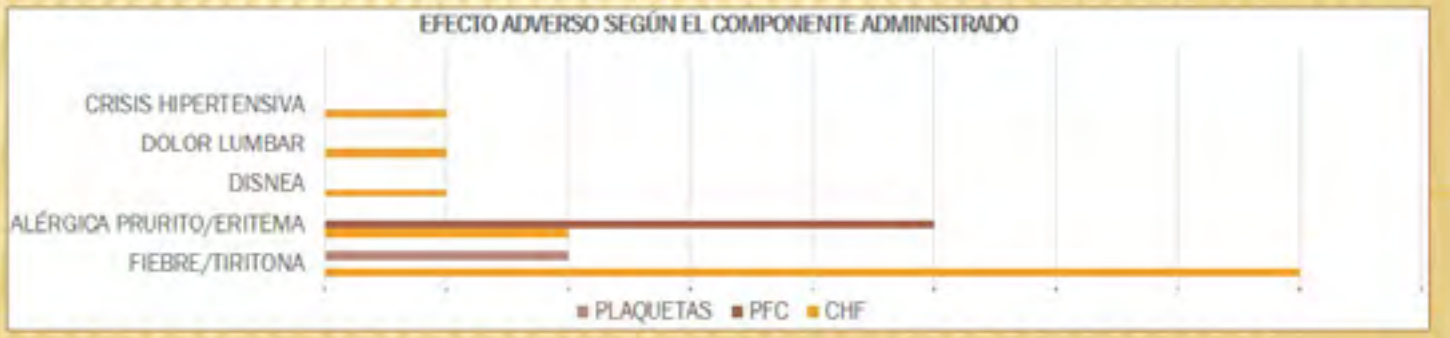
Se han recopilado las reacciones adversas de las transfusiones sanguíneas ocurridas durante el periodo anteriormente nombrado, diferenciando entre tipo de reacción asociada a la transfusión, componente administrado, edad y sexo del paciente.

RESULTADOS

- Se han transfundido durante este periodo, 9.766 Concentrados de Hematíes (CHF), 970 Plaquetas (PQ) y 858 Plasma Fresco Congelado (PFC).
- En este periodo se registran 18 pacientes con reacción transfusional, algunos presentando varios síntomas de los anteriores citados.
- Las reacciones más frecuentes son las febriles, seguidas de las alérgicas.
- En cuanto a componentes, los porcentajes relacionados con las reacciones son: CHF 0.012%, PFC 0.58% y PQ 0.20%.







CONCLUSIONES

Siempre que se produce una reacción adversa, se activa el protocolo de reacción transfusional, en el que se vuelve a analizar la sangre del paciente postransfusión y se le hacen cultivos al producto transfundido, sin observarse en ninguno crecimiento bacteriano ni fúngico.

A partir de la reacción, si los pacientes han vuelto a necesitar más transfusiones, se les ha premedicado según orden facultativa y no han vuelto a presentar otra reacción.

Resumen: *Durante el proceso de transfusión de cualquier componente sanguíneo, lo más importante es saber identificar los efectos adversos e indeseables que pueden producirse en la transfusión de sangre y de sus componentes, aunque son poco frecuentes ya que es una terapéutica segura. Sin embargo, es necesario valorar los posibles riesgos. Las reacciones transfusionales pueden ser inmediatas o tardías.*

Garantizar la calidad y trazabilidad de los componentes sanguíneos así como el reconocimiento temprano de síntomas sugestivos de una reacción transfusional y la rápida comunicación al banco de sangre son esenciales para asegurar la seguridad transfusional del paciente.

Palabras Clave: *Transfusión; hemovigilancia; reacción.*

Introducción

La hemovigilancia es el sistema de notificaciones adversas asociadas a la transfusión, donación, calidad y seguridad de los componentes sanguíneos.

Es labor de los Centros de Transfusión asegurar la calidad de los componentes sanguíneos, garantizar los criterios correctos de transfusión y administración segura de los componentes.

Objetivo

El objetivo de este estudio es conocer y registrar las reacciones adversas y seguimiento de los pacientes, relacionadas con la transfusión de sangre durante el periodo de estudio, así como los síntomas más frecuentes presentes en las reacciones.

Material y métodos

Realizamos un estudio cuantitativo, observacional, prospectivo y longitudinal, el cual se inició el 1 de enero de 2018 y concluyó el 1 de febrero de 2019.

Se han recopilado las reacciones adversas de las transfusiones sanguíneas ocurridas durante el periodo anteriormente nombrado, diferenciando entre tipo de reacción asociada a la transfusión, componente administrado, edad y sexo del paciente.

Resultados

Se han transfundido durante este periodo, 9.766 concentrados de hematíes (CHF), 970 plaquetas (PQ) y 858 plasma fresco congelado (PFC).

En este periodo se registran 18 pacientes con reacción transfusional, algunos presentando varios síntomas de los que se enumeran a continuación.

Se clasifican las reacciones transfusionales según los componentes sanguíneos administrados, según edad y sexo de los pacientes:

- ***Según componente administrado:***
    - » Reacción a concentrados de hematíes: Las más comunes son las febriles (8 pacientes), seguidas de las alérgicas (2 pacientes), disnea (1 paciente), dolor lumbar (1 paciente) y crisis hipertensivas (1 paciente).

ISBN: 978-84-949197-6-3

  - » Reacción a plasma fresco congelado: Sólo se registran reacciones alérgicas (prurito, eritema y/o urticaria) en 5 pacientes.
  - » Reacción a plaquetas: Se registran reacciones en cuanto a fiebre, tiritona y/o escalofríos en 2 pacientes.

En cuanto a componentes, los porcentajes relacionados con las reacciones son: CHF 0.012%, PFC 0.58% y PQ 0.20%.

- ***Clasificación según sexo de los pacientes:***
  - » Hombres: Fiebre/tiritona/escalofríos: 9 pacientes y reacciones alérgicas a 4 pacientes.
  - » Mujeres: Fiebre:2 pacientes, alérgica: 4 pacientes, disnea: 1 paciente, dolor lumbar: 1 paciente, crisis hipertensivas: 1 paciente-
- ***Clasificación según edad de los pacientes:***
  - » 0-30 Años: Fiebre: 1 paciente, alérgica: 1 paciente, dolor lumbar: 1 paciente
  - » 31-50 Años: Fiebre: 2 pacientes, alérgica: 1 paciente.
  - » 51-70 Años: Fiebre: 4 pacientes, alérgica: 3 pacientes.
  - » 71-90 Años: Fiebre: 4 pacientes, alérgica: 1 paciente, disnea: 1 paciente, crisis hipertensivas: 1 paciente.

Conclusiones

Siempre que se produce una reacción adversa, se activa el protocolo de reacción transfusional, en el que se vuelve a analizar la sangre del paciente postransfusión y se le hacen cultivos al producto transfundido, sin observarse en ninguno de nuestro estudio crecimiento bacteriano ni fúngico.

A partir de la reacción, si los pacientes han vuelto a necesitar más transfusiones, se les ha premedicado según orden facultativa y no han vuelto a presentar otra reacción.

Bibliografía

1. Melians Abreu S. M. Esquivel Hernández M. Padrino González M. Martín Alvarez I. Hemovigilancia y uso óptimo de los componentes sanguíneos en el ámbito hospitalario. Rev. Ciencias Médicas de Pinar del Río. [internet]. 2016 Jul-ago [citado 2017 jun 22]; vol 20 (4): [Aprox. 10]. Disponible en http://www.medigraphic.com/pdfs/pinar/rcm-2016/rcm164m.pdf.
2. Guía sobre la transfusión de componentes sanguíneos y derivados plasmáticos. SETS. 5ª edición, 2015.
3. Guideline on the investigation and management of acute transfusion reactions Prepared by the BCSH blood transfusion task force. British Journal of Haematology, 2012, 159, 143-153.

Capítulo 204

Recomendaciones y consejos de enfermería sobre hábitos dietéticos en el embarazo

Alcaraz García, Beatriz

García Ruiz, Alba

Gómez Ruiz, Inmaculada

Barón Almansa, Tamara

Larrondo Velasco, Kimberley



RECOMENDACIONES Y CONSEJOS DE ENFERMERÍA SOBRE HÁBITOS DIETÉTICOS EN EL EMBARAZO

***AUTORAS**: Alba García Ruiz, Inmaculada Gómez Ruiz, Tamara Barón Almansa, Kimberley Larrondo Velasco, Beatriz Alcaraz García*

1. Introducción:

Hidratos de Carbono	50-60%
Lípidos	30-35%
Proteínas	10-15%

+ Ejercicio físico
+ Suplementación ácido fólico

+ 250 Kcal. extras/día

Ganancia de peso: 12.5 Kg.

Durante la gestación, la alimentación supone un punto importante para que ésta se desarrolle en las mejores condiciones y se eviten complicaciones materno-fetales.

Importancia de la educación sanitaria en la consulta de la matrona o Enfermería

2. Objetivos:

- Evaluar los hábitos dietéticos de la población femenina en situación de embarazo.
- Identificar los consejos nutricionales más relevantes para educar a la mujer embarazada

3. Metodología:

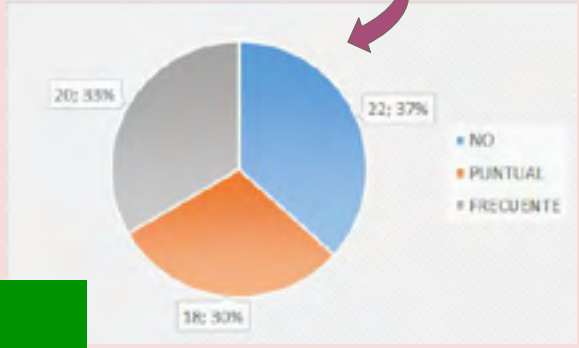
- Búsqueda bibliográfica: Portal Regional de la BVS, Pubmed, Elsevier y webs oficiales de organismos internacionales como la OMS.
- Estudio descriptivo en mujeres embarazadas pertenecientes a los Centros de Salud de Argamasilla de Calatrava, Centros de salud 1 y 4 de Puertollano y Centros de salud 2 y 3 de Ciudad Real.

4. Resultados:

Se toma una muestra de 60 mujeres de entre 31 y 35 años. La mayoría de ellas se encontraba en el tercer trimestre de gestación.

- La media de la **ganancia de peso** fue de 8.26 kg.
- En general, más de un 70% de las gestantes no presentaba **hábitos tóxicos** (tabaco o alcohol).
- Al evaluar los hábitos dietéticos de la muestra, se obtuvo que el 60% de las embarazadas tomaban menos de 1-2 raciones de verduras y menos de 3 piezas de fruta al día. El resto de alimentos de consumo diario, como los lácteos, los consumían de forma adecuada. Desde la consulta de Enfermería hay que insistir en el consumo de frutas y verduras, ya que aportan micronutrientes importantes en el embarazo como la vitamina C (previene la preeclamsia) o el ácido fólico (previene defectos del tubo neural).
- Por otra parte, se evaluó el consumo de snaks y bollería**,** obteniendo que un 73% de las mujeres los tomaban de 2 a 4 veces por semana, cuando su consumo debe limitarse a ocasiones puntuales.
- En cuanto al ejercicio, sólo un 33% realizaba **actividad física** de forma rutinaria. El ejercicio físico durante el embarazo se asocia con la prevención y tratamiento de diabetes gestacional, enfermerdades cardiovasculares y otro tipo de patologías crónicas.

Actividad física



5. Conclusiones:

Una correcta Educación Sanitaria durante los controles prenatales es conveniente para que el embarazo se desarrolle adecuadamente y sin complicaciones.

Durante el embarazo, las mujeres son más propensas a aceptar consejos sobre nutrición, por lo que es más fácil que cambien sus hábitos y mejoren su estilo de vida

En nuestro trabajo destacamos la labor de Enfermería en Investigación como herramienta para focalizar la Educación Sanitaria en los pacientes en aquellos aspectos que más lo necesitan.

SATSE

Resumen: *La alimentación durante el embarazo supone un punto importante para que se desarrolle en las mejores condiciones. Con este trabajo se analizan los hábitos dietéticos mediante una encuesta dirigida a una muestra de 60 mujeres y una vez analizada vemos que algunas de las conductas alimentarias no se llevaban a cabo de forma correcta. Además, la mayoría no realizaba actividad física regularmente.*

Es conveniente incidir sobre aquellos hábitos inapropiados y aconsejar la práctica de ejercicio físico de forma regular para obtener beneficios.

Palabras Clave: *Embarazo; dieta equilibrada; alimentación.*

Introducción

El embarazo es una de las etapas más vulnerables y de especial importancia en la vida de una mujer. Esto se debe a que los requerimientos nutricionales están elevados para permitir un correcto desarrollo y crecimiento fetal. Además, se produce un incremento de las necesidades energéticas de la madre, que se van a conseguir gracias a un aumento de la ingesta durante su embarazo (1).

El feto en desarrollo depende en su totalidad de la madre ya que la placenta le aporta todos los nutrientes necesarios (2).

Por ello, una adecuada alimentación antes y durante la etapa gestacional junto con la correcta ganancia de peso por parte de la madre, son factores que tienen una influencia importante en el adecuado desarrollo del embarazo (3).

Una alimentación equilibrada va a proporcionar los nutrientes necesarios para un correcto desarrollo y crecimiento del futuro ser, favorecer la calidad de la placenta en formación y mantener los niveles energéticos durante la gestación, parto y post-parto (4).

Para conseguir ese adecuado aporte de nutrientes, se estima que los requerimientos sean:

- Hidratos de carbono: 50-60% de la ingesta calórica total.
- Lípidos: 30-35% de la ingesta calórica total.
- Proteínas: 10-15% de la ingesta calórica total.
- Necesidades energéticas: Aporte extra de 250 kcal/día.

El otro factor importante es la adecuada ganancia de peso por parte de la mujer gestante. Se calcula que la ganancia de peso adecuada sea de 12.5 kg aproximadamente.

En muchas ocasiones la dieta de las mujeres embarazadas es pobre en micronutrientes, por lo que es necesario el uso de suplementos (5):

- Ácido fólico: Está demostrado que hay una relación entre la carencia de ácido fólico con los defectos del cierre del tubo neural (DTN). (2) Se recomienda tomar ácido fólico en dosis de 400 microgramos/día. La administración debe comenzar al menos un mes antes de concebir y también durante las 12 primeras semanas gestacionales. (5)
- Hierro: La dosis recomendada suele ser de 30 mg de hierro ferroso en la segunda mitad del embarazo, sin llegar a superar los 45 mg.

ISBN: 978-84-949197-6-3

- Yodo: Importante para sintetizar las hormonas tiroideas indispensables para el desarrollo mental, cerebral, la maduración de los huesos, de los pulmones y del corazón. Se recomienda la suplementación con 200 microgramos/día durante todo el embarazo (2).

La educación y el asesoramiento en nutrición son elementos clave para prevenir y controlar aquellos problemas de alimentación de la población.

En lo que se refiere al embarazo, las mujeres gestantes en esta etapa, son más propensas a aceptar consejos sobre nutrición, por lo que es más fácil que cambien sus hábitos y mejoren su estilo de vida (3).

En la consulta prenatal va a comenzar la asistencia al embarazo. La mujer que sospeche de estar embarazada debe acudir cuanto antes a ésta para poder captar de forma precoz a la mujer gestante y planificar, de esta manera, todas aquellas acciones que se van a llevar a cabo durante el periodo gestacional.

Objetivos

- Evaluar los hábitos dietéticos de la población femenina en situación de embarazo.
- Identificar los consejos nutricionales más relevantes para educar a la mujer embarazada.

Metodología

- Búsqueda bibliográfica: Portal Regional de la BVS, Pubmed, Elsevier y webs oficiales de organismos internacionales como la OMS.
- Estudio descriptivo en mujeres embarazadas pertenecientes a los Centros de Salud de Argamasilla de Calatrava, Centros de salud 1 y 4 de Puertollano y Centros de Salud 2 y 3 de Ciudad Real.

Resultados

Se toma una muestra de 60 mujeres de entre 31 y 35 años. La mayoría de ellas se encontraba en el tercer trimestre de gestación, donde la media de la ganancia de peso fue de 8.26 kg.

En general, más de un 70% de las gestantes no presentaba hábitos tóxicos (tabaco o alcohol).

Al evaluar los hábitos dietéticos de la muestra, se obtuvo que el 60% de las embarazadas tomaban menos de 1-2 raciones de verduras y menos de 3 piezas de fruta al día. El resto de alimentos de consumo diario, como los lácteos, los consumían de forma adecuada. Desde la consulta de Enfermería hay que insistir en el consumo de frutas y verduras, ya que aportan micronutrientes importantes en el embarazo como la vitamina C (previene la preeclamsia) o el ácido fólico (previene defectos del tubo neural).

Por otra parte, se evaluó el consumo de snaks y bollería, obteniendo que un 73% de las mujeres los tomaban de 2 a 4 veces por semana, cuando su consumo debe limitarse a ocasiones puntuales.

En cuanto al ejercicio, sólo un 33% realizaba actividad física de forma rutinaria y está demostrado que el ejercicio físico durante el embarazo se asocia con la prevención y tratamiento de diabetes gestacional, enfermedades cardiovasculares y otro tipo de patologías crónicas.

Conclusiones

Tras analizar los resultados obtenidos, las mujeres embarazadas llevaban a cabo los hábitos dietéticos de forma óptima a nivel general. Por otra parte, se ha visto que la mayoría de ellas no realizaba actividad física de forma regular, y la dieta equilibrada junto con la realización de ejercicio físico permite la obtención de múltiples beneficios. Por todo ello, una correcta educación sanitaria durante los controles prenatales es conveniente para que el embarazo se desarrolle adecuadamente y sin complicaciones.

Bibliografía

1. Gregorio Varela Moreiras, María Achón y Tuñón, Elena Alonso Aperte. Nutrientes en el embarazo. Coordinación Editorial: Team Pharma S.L. 2006.
2. López Rodríguez MJ., Sánchez Méndez JI., Sánchez Martínez MC., Calderay Domínguez M. Suplementos en embarazadas: controversias, evidencias y recomendaciones. Inf Ter Sist Nac Salud 2010; 34: 117-128.
3. Espuig Sebastián R, Noreña Peña AL, Cortés Castell E, González-Sanz JD. Percepción de embarazadas y matronas acerca de los consejos nutricionales durante la gestación. Nutr Hosp 2016; 33:1205-1212.
4. López Rodríguez MJ., Sánchez Méndez JI., Sánchez Martínez MC., Calderay Domínguez M. Suplementos en embarazadas: controversias, evidencias y recomendaciones. Inf Ter Sist Nac Salud 2010; 34: 117-128.
5. Martínez García RM, Jiménez Ortega AI, Navia Lomban B. Suplementos en gestación: últimas recomendaciones. Nutr Hosp 2016; 33 (Supl. 4):3-7.

Capítulo 205

Relación entre el consumo de cerveza y la aparición de demencias. Revision bibliográfica

León Romero, María Jesús

Hidalgo Benítez, Beatriz

Carrasco Murcia, María José

Villalobos Martín Moreno, Ana Belén

León Carrasco, Marina

Sánchez Hermoso, Lorena

RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE CERVEZA Y LA APARICIÓN DE DEMENCIAS. REVISION BIBLIOGRAFICA.

INTRODUCCION

Según la OMS, la demencia es un síndrome que implica el deterioro de la memoria, el intelecto, el comportamiento y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria. Hay unos 50 millones de personas a nivel mundial que padecen demencia, cada año se registran cerca de 10 millones de nuevos casos.

La **enfermedad de Alzheimer**, que es la forma más común de demencia, acapara entre un 70% de los casos. Origina una media de 10 años de dependencia e incapacidad física y mental progresivas. Genera depósitos de aluminio en el SNC. Los tratamientos efectivos para detenerla son escasos por lo que solo nos queda la prevención. En los últimos años han aparecido estudios que hablan de la relación entre esta demencia y el consumo de cerveza.

La RAE define la **cerveza** como una bebida alcohólica hecha con granos germinados de cebada u otros cereales fermentados y aromatizada con lúpulo.

El Aluminio es capaz de unirse a distintas moléculas biológicas y de desplazar otros cationes de su sitio de unión como el aluminio, interaccionando con ello en un gran número de rutas metabólicas.

OBJETIVOS

Conocer la relación del consumo de cerveza en la aparición de las demencias, en concreto tipo Alzheimer.

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 relación existente entre el consumo de alcohol en forma de cerveza y la aparición de demencias.

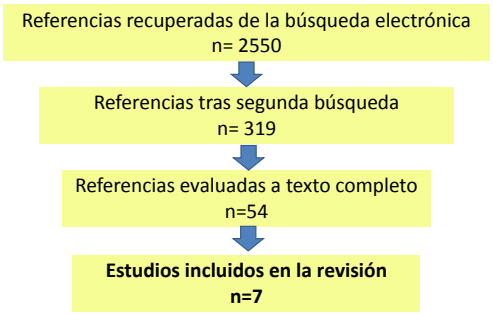
La búsqueda se realizó durante el mes de Marzo de 2019. La fuente bibliográfica consultada Google Académico, PUBMED Y COCHRANE. Las palabras clave utilizadas "Alzheimer" y "cerveza" en primera búsqueda y añadiendo "aluminio" en la segunda. No se utilizó ningún termino clave para definir intervenciones, tratamientos, diagnósticos o resultados que pudieran acotar la búsqueda.

RESULTADOS

Se localizaron 2550 artículos. De los cuales escogimos 319 que tenían las dos características definitorias. Finalmente nos quedamos con 7 artículos por su idoneidad.

Las recomendaciones elaboradas están basadas en las conclusiones y recomendaciones de los documentos seleccionados a raíz de la búsqueda.

Uno de los mecanismos neurotóxicos es la interacción del Aluminio con la cascada amiloide, implicada en el desarrollo de la demencia tipo Alzheimer. La cerveza es una de las principales fuentes de Silicio en la dieta. Además, la forma química en la que se encuentra este elemento en la cerveza es el ácido o-silícico, la forma biodisponible. El silicio aportado por la cerveza interacciona con el aluminio demostrando así un posible efecto beneficioso.



ESTUDIO	PAIS	DISEÑO	N	EDAD	INTERVENCION	RESULTADOS
J. Campdelacreu 2012	España	Revisión bibliográfica	23	Estudios longitudinales	Lectura y análisis	Evidencia débil de menos riesgo asociado a consumo moderado de alcohol.
J.A. Fong 2013	Cuba	Estudio descriptivo transversal	100	Mas de 60 años	Evaluación factores de riesgo a través de escalas	El mayor número de adultos mayores obtuvieron resultados normales, a pesar de que el antecedente de ingestión de alcohol fue el factor de riesgo que predominó.
F. Gutierrez 2014	Argentina	Estudio descriptivo, transversal y de campo	35	Entre 60 y 90 años	Valoración del nivel sérico de aluminio	Los niveles de aluminio en ambos grupos se encontraron dentro del rango de referencia , sin embargo los pacientes con EA presentaron mayores niveles.
M. J. Gonzalez 2015	España	Ensayo con animales		Ratones de laboratorio	Dar cerveza a los ratones	El consumo moderado de cerveza, debido a su contenido en Sílice biodisponible, podría ejercer un papel protector en la prevención de la enfermedad de Alzheimer
R. Castadot 2016	España	Revisión bibliográfica		Artículos científicos	Lectura y análisis	La interacción del Si ingerido a través de la cerveza posee unos efectos similares que la administración de ácido silícico.
Peña 2007	España	Estudio comparativo		Grupos de animales	Valoración cantidad cerveza consumida en relación nivel de aluminio sérico	Consumo de cerveza como factor protector frente a los efecto del aluminio
A. Andres 2018	España	Ensayo clínico		Pacientes postmortem	Niveles de biomarcadores	Efectivo preventivo consumo moderado de cerveza en el Alzheimer

CONCLUSIONES

- **La cerveza contiene silicio en forma biodisponible para el organismo.**
- **La cerveza muestra capacidad antioxidante en todas sus variedades (negra, rubia y sin alcohol).**
- **El Alzheimer genera depósitos de aluminio tóxicos para el SNC.**
- **Observamos un efecto beneficioso del consumo moderado de cerveza sobre la disminución de los depósitos de aluminio producidos por la demencia tipo Alzheimer.**
- **Es recomendable beber cerveza con moderación y mantener una vida activa y social para la prevención de este tipo de demencia.**

Resumen: *Se ha realizado una revisión de la bibliografia existente que relaciona la aparicion de sintomas en la enfermedad de Alzheimer y el consumo moderado de cerveza. tras la búsqueda nos quedamos con 7 artículos. Obteniendo datos cuanto menos sorprendentes, la cerveza como factor protector frente a la aparicion de sintomas.*

Palabras Clave: *Enfermedad de Alzheimer; cerveza; aluminio.*

Introducción

Según la OMS, la demencia es un síndrome que implica el deterioro de la memoria, el intelecto, el comportamiento y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria. Hay unos 50 millones de personas a nivel mundial que padecen demencia, cada año se registran cerca de 10 millones de nuevos casos.

La enfermedad de Alzheimer, que es la forma más común de demencia, acapara entre un 70% de los casos. Origina una media de 10 años de dependencia e incapacidad física y mental progresivas. Genera depósitos de aluminio en el SNC. Los tratamientos efectivos para detenerla son escasos por lo que solo nos queda la prevención. En los últimos años han aparecido estudios que hablan de la relación entre esta demencia y el consumo de cerveza.

La RAE define la cerveza como una bebida alcohólica hecha con granos germinados de cebada u otros cereales fermentados y aromatizada con lúpulo.

El aluminio es capaz de unirse a distintas moléculas biológicas y de desplazar otros cationes de su sitio de unión como el aluminio, interaccionando con ello en un gran número de rutas metabólicas.

Objetivo

Conocer la relación del consumo de cerveza en la aparición de las demencias, en concreto tipo Alzheimer.

Material y método

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 relación existente entre el consumo de alcohol en forma de cerveza y la aparición de demencias.

La búsqueda se realizó durante el mes de marzo de 2019. La fuente bibliográfica consultada Google Académico, PUBMED Y COCHRANE. Las palabras clave utilizadas “Alzheimer” y “cerveza” en primera búsqueda y añadiendo “aluminio” en la segunda. No se utilizó ningún termino clave para definir intervenciones, tratamientos, diagnósticos o resultados que pudieran acotar la búsqueda

Resultados

Se localizaron 2550 artículos. De los cuales escogimos 319 que tenían las dos características definitorias. Finalmente nos quedamos con 7 artículos por su idoneidad.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Las recomendaciones elaboradas están basadas en las conclusiones y recomendaciones de los documentos seleccionados a raíz de la búsqueda.

Uno de los mecanismos neurotóxicos es la interacción del aluminio con la cascada amiloide, implicada en el desarrollo de la demencia tipo Alzheimer.

La cerveza es una de las principales fuentes de silicio en la dieta. Además, la forma química en la que se encuentra este elemento en la cerveza es el ácido o-silícico, la forma biodisponible. El silicio aportado por la cerveza interacciona con el aluminio demostrando así un posible efecto beneficioso.

Conclusiones

- La cerveza contiene silicio en forma biodisponible para el organismo.
- La cerveza muestra capacidad antioxidante en todas sus variedades (negra, rubia y sin alcohol).
- El Alzheimer genera depósitos de aluminio tóxicos para el SNC.
- Observamos un efecto beneficioso del consumo moderado de cerveza sobre la disminución de los depósitos de aluminio producidos por la demencia tipo Alzheimer.
- Es recomendable beber cerveza con moderación y mantener una vida activa y social para la prevención de este tipo de demencia.

Bibliografía

1. Alonso Andres, P. Biomarcadores en la enfermedad de Alzheimer en cerebro port mortem y suero humano. 2018. 71-89.
2. Castadot Cobo R. nuevas perspectivas terapeutics en la enfermedad de Alheimer: proteccion frente a la neurotoxicidad del aluminio. 2016. 12-19.
3. Gutierrez F., Arcila V., Quintero K., Alvarez R., Querantes M. Niveles sericos de aluminio en un grupo de pacientes con enfermedad de Alzheimer. 2014. 48 (4): 485-90.

Capítulo 206

Relación entre el Índice de Masa Corporal Materno y la duración de la segunda etapa del parto

Infante Torres, Nuria

RELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL MATERNO Y LA DURACIÓN DE LA SEGUNDA ETAPA DEL PARTO

INTRODUCCIÓN

- El sobrepeso y la obesidad en las mujeres embarazadas ha aumentado durante las últimas décadas, lo que se acompaña de un incremento de complicaciones maternas y neonatales (riesgo de cesárea, parto prolongado...)
- Teóricamente, se ha propuesto que el aumento en la duración total del parto puede ser debido a una ineficaz contractibilidad uterina en mujeres obesas.
- Pero, ¿qué ocurre una vez que se ha alcanzado la dilatación completa y entramos en la segunda etapa del parto? ¿Su duración es mayor conforme aumenta el Índice de Masa Corporal (IMC) materno? A continuación vamos a analizar los distintos estudios publicados sobre este tema.

OBJETIVO

Evaluar el impacto del IMC materno sobre la duración de la segunda etapa del parto o periodo expulsivo.

METODOLOGÍA

- Revisión en distintas bases de datos, principalmente PubMed.
- Criterios de inclusión:
  - Características de la muestra:
    - Nulíparas.
    - Gestación a término: 37 – 42 SG
    - Gestación única
    - Presentación cefálica.
    - Gestantes que alcanzan la segunda etapa de parto.
  - Con acceso a texto completo.
  - Sin restricción temporal ni de idioma.
- Selección de artículos incluidos:

Second Stage Labor AND (Duration OR Length) AND (Maternal Obesity OR Maternal Body Mass Index OR Obese Women) → 50 artículos → Cumplen los criterios de inclusión → 6 artículos

RESULTADOS

Autores / Año	Muestra total	Grupos estudiados según IMC materno (kg/m²)						Conclusiones
		< 18,5 (Bajo peso)	18,5 – 24,9 (Normal)	25–29,9 (Sobrepeso)	30–34,9 (Obesidad I)	35–39,9 (Obesidad II)	≥ 40 (Obesidad III)	
Ellakjaer et al, 2017 Maternal obesity and its effect on labour duration in nulliparous women: a retrospective observational cohort study	1 885	1246		350	203			• No se encontró asociación entre el IMC y la duración total del parto.
Maged et al, 2017 Prospective study of the effect of maternal body mass index on labor progress in multiparous women in Egypt	600	364	324		479			• No existen diferencias significativas en cuanto a la duración de la segunda etapa del parto en los distintos grupos según el IMC. • La duración del expulsivo fue similar en todos los grupos.
Shaban et al, 2014 Body mass index and labour outcome in Egyptian women	574	339			235			• No existen diferencias significativas en cuanto a la duración de la segunda etapa del parto en los dos grupos de IMC.
Carlhall et al, 2013 Maternal body mass index and duration of labor	57500	1890	39241	12192	3093	845	239	• Una vez alcanzada la segunda etapa del parto, ésta es significativamente más corta conforme aumenta el IMC materno.
Robinson et al, 2011 Increasing maternal body mass index and characteristics of the second stage of labor	3742		2179	899	664			• El incremento del IMC materno no está asociado con una segunda etapa del parto más larga. • Tampoco se asocia con un aumento en el riesgo de cesárea.
Kominiarek et al, 2011 Contemporary labor patterns: the impact of maternal body mass index	57462	9097		23588	14719	6113	3945	• La duración de la segunda etapa del parto, con o sin epidural, fue similar en todos los grupos

CONCLUSIONES

- La mayoría de los estudios analizados no encuentra relación estadísticamente significativa entre el IMC materno y la duración de la segunda etapa del parto.
- A pesar de estos resultados, no se puede concluir de forma tajante que un IMC elevado no provoque un aumento de la duración de la segunda etapa el parto, puesto que estos estudios tienen bastantes limitaciones (distinta definición de segunda etapa del parto, distintos grupos de IMC...) y resulta complicado poder compararlos.
- Aún así, se debería evitar un IMC excesivo durante el embarazo para evitar otras complicaciones que pueden surgir, siendo un factor de riesgo modificable sobre el que las matronas podemos incidir, a través de una adecuada educación para la salud.

Resumen: *El sobrepeso y la obesidad en las gestantes se acompaña de un incremento de complicaciones maternas y neonatales (riesgo de cesárea, parto prolongado...) El aumento en la duración del parto puede ser debido a una ineficaz contractibilidad uterina. Pero, ¿qué ocurre una vez que se ha alcanzado la dilatación completa? ¿La duración del periodo expulsivo es mayor conforme aumenta el Índice de Masa Corporal (IMC) materno? Se realizó una revisión de la literatura para evaluar el impacto del IMC sobre la duración de la segunda etapa del parto, y en la mayoría de ellos no se encontró relación estadísticamente significativa.*

Palabras Clave: *Labor stage, second; body mass index; risk factors.*

Introducción

El sobrepeso y la obesidad en las mujeres embarazadas ha aumentado durante las últimas décadas, lo que se acompaña de un incremento de complicaciones maternas y neonatales (riesgo de cesárea, parto prolongado...)

Teóricamente, se ha propuesto que el aumento en la duración total del parto puede ser debido a una ineficaz contractibilidad uterina en mujeres obesas.

Pero, ¿qué ocurre una vez que se ha alcanzado la dilatación completa y entramos en la segunda etapa del parto? ¿Su duración es mayor conforme aumenta el Índice de Masa Corporal (IMC) materno? A continuación vamos a analizar los distintos estudios publicados sobre este tema.

Objetivo

Evaluar el impacto del IMC materno sobre la duración de la segunda etapa del parto o periodo expulsivo.

Metodología

Se llevó a cabo una revisión en distintas bases de datos, principalmente Pubmed.

Los criterios de inclusión fueron:

- La muestra debe estar formada por gestantes nulíparas, a término 37-42 semanas, con gestación única y presentación cefálica, y solo aquellas gestantes que alcanzaron la segunda etapa del parto.
- Con acceso a texto completo.
- Sin restricción temporal ni de idioma.

La estrategia de búsqueda que se utilizó fue: «Second Stage Labor AND (Duration OR Length) AND (Maternal Obesity OR Maternal Body Mass Index OR Obese Women)». Se obtuvieron un total de cincuenta artículos pero, tras aplicar los criterios de inclusión, entraron en la revisión un total de seis artículos.

Resultados

- Kominiarek, 2011: Tras analizar un total de 57462 mujeres, divididas en distintos grupos según su IMC, concluyeron que la duración de la segunda etapa del parto, independientemente de la utilización de la analgesia epidural, fue similar en todos los grupos.

ISBN: 978-84-949197-6-3

- Robinson, 2011: Con una muestra total de 3742 nulíparas, concluyeron que el incremento del IMC materno no está asociado con una segunda etapa del parto más larga. Además, tampoco se asocia con un aumento del riesgo de cesárea.
- Carlhäll, 2013: Tras el análisis de 57500 gestantes, pudieron concluir que, una vez alcanzada la segunda etapa del parto, ésta es significativamente más corta conforme aumenta el IMC materno.
- Shaban, 2014: Con una muestra más pequeña que los estudios anteriores (574), concluyeron que no existen diferencias significativas en cuanto a la duración de la segunda etapa del parto en los dos grupos de IMC.
- Maged, 2017: Con un total de 600 mujeres que alcazaron la segunda etapa el parto, concluyeron que no existen diferencias significativas en cuanto a la duración de la segunda etapa del parto en los distintos grupos según el IMC, es decir, la duración del periodo expulsivo fue similar en todos los grupos analizados.
- Ellekjaer, 2017: No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el IMC materno y la duración total del parto en las 1885 nulíparas analizadas.

Conclusiones

La mayoría de los estudios analizados no encuentra relación estadísticamente significativa entre el IMC materno y la duración de la segunda etapa del parto.

A pesar de estos resultados, no se puede concluir de forma tajante que un IMC elevado no provoque un aumento de la duración de la segunda etapa el parto, puesto que estos estudios tienen bastantes limitaciones (distinta definición de segunda etapa del parto, distintos grupos de IMC…) y resulta complicado poder compararlos.

Aún así, se debería evitar un IMC excesivo durante el embarazo para evitar otras complicaciones que pueden surgir, siendo un factor de riesgo modificable sobre el que las matronas podemos incidir, a través de una adecuada educación para la salud.

Bibliografía

1. Kominiarek MA, Zhang J, VanVeldhuisen P, et al. Contemporary labor patterns: the impact of maternal body mass index. Am J Obstet Gynecol 2011;205:244.e1-8.
2. Robinson BK, Mapp DC, Bloom SL, et al. Increasing maternal body mass index and characteristics of the second stage of labor. Obstet Gynecol. 2011; 118:1309–13.
3. Carlhäll S, Källén K, Blomberg M. Maternal body mass index and duration of labor. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2013;171:49–53.
4. Shaban MM, Bassiouny YA, Elzahaby IM, Hassan AA. Body mass index and labour outcome in Egyptian women. Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2014; 34: 248–250. DOI: 10.3109/01443615.2013.844113.
5. Maged AM, Belal DS, Marie HM, Rashwan H, Abdelaziz S, Gabr AA, Elzayat AR. Prospective study of the effect of maternal body mass index on labor progress in nulliparous women in Egypt. Int J Gynecol Obstet 2017; 139: 329–335. DOI: 10.1002/ijgo.12322.
6. Ellekjaer KL, Bergholt T, Løkkegaard E. Maternal obesity and its effect on labour duration in nulliparous women: a retrospective observational cohort study. BMC Pregnancy and Childbirth (2017) 17:222 DOI 10.1186/s12884-017-1413-6.

Capítulo 207

Relación entre los trastornos de ansiedad y alteraciones del oído interno

Tello Naharro, Vanesa

Briñas García, Carmen

Rodríguez Pérez, Manuel

Ruiz Torija, Laura

Rodríguez Gonzaléz, Mª Francisca

Magarzo Ballesteros, Mª José

RELACIÓN ENTRE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y ALTERACIONES DEL OÍDO INTERNO

INTRODUCCIÓN

La **ansiedad** es un mecanismo adaptativo natural que nos permite ponernos alerta ante sucesos comprometidos. La ansiedad se caracteriza, desde el punto de vista psiquiátrico, por una serie de síntomas dentro de los cuales aparecen aquellos que atañen al sistema auditivo y del equilibrio, como pueden ser el mareo, el vértigo, acúfenos y la inestabilidad entre otros.

El **vértigo** periférico es el causado por la afectación del laberinto (oído interno) y nervio vestibular (el que lleva la información del equilibrio desde el oído interno al cerebro), y es el más frecuente. Los pacientes suelen presentar además pérdida de audición y zumbidos, presión y dolor en el oído.

Tinnitus o **acúfenos,** una afección que se caracteriza por oír constantemente un zumbido o pitido en el oído.

El 41,9 por ciento de los pacientes con vértigo persistente presentaron alteraciones en las pruebas psiquiátricas y el 83,9 por ciento de ellos recibieron diagnósticos asociados con algún tipo de disfunción vestibular periférica, central, psiquiátrica u otra condición médica.

Más del 50 por ciento de las personas que sufren tinnitus o acúfenos, pueden presentar ansiedad o depresión, además de dificultades para dormir, insomnio y nerviosismo, alteraciones del estado de ánimo y estrés.

Estas alteraciones acaban influyendo en la vida social de las personas que sufren esta dolencia y afectar a sus relaciones con los amigos y familiares.

CASO CLÍNICO

Varón de 69 años, diagnosticado de Tto ansioso-depresivo, ingresa en la unidad de psiquiatría por ideación autolítica. Su mujer falleció hace un año y desde entonces más triste y decaído.
Aislamiento social. Desde hace 6 meses en tratamiento con betahistina 8mg por vértigos y acúfenos, no observando mejoría. Insiste en que vive con un pitido constante, como en una emisión en alta frecuencia. Los molestos acúfenos pueden llegar a minar su paciencia y el ánimo. De día lo puede soportar, pero no tanto por la noche.
En la actualidad, deprimido, con mucha ansiedad e insomnio, continúas molestias de los acúfenos y vértigos, hacen que no quiera seguir viviendo, se siente desbordado por la situación.



PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS

Con este paciente, se plantean unos cuidados enfermeros que engloban desde la administración del tratamiento farmacológico indicado para su enfermedad hasta actividades grupales e individuales para mejorar las relaciones interpersonales , el estado de ánimo y evitar conductas autolesivas.

TAXONOMÍAS NANDA - NOC - NIC ASOCIADAS

NANDA (Diagnósticos enfermeros)	NOC (Resultados indicadores)	NIC (Intervenciones)
00146 Ansiedad 00069 Afrontamiento inefectivo 00140 Riesgo de violencia autodirigida 00052 Deterioro de interacción social 00125 Impotencia 00099Mantenimiento ineficaz de la salud	1402 Autocontrol de la ansiedad 1405 Autocontrol de los impulsos 1401 Autocontrol de la agresión 1302 Afrontamiento de los problemas 1613 Autogestión de los cuidados	5820 Disminución de la ansiedad 5270 Apoyo emocional 5230 Aumentar el afrontamiento 4370 Entrenamiento para controlar los impulsos 4352 Manejo de la conducta: hiperactividad/falta de atención 5880 Técnica de relajación

DISCUSION

- Se necesitan mas trabajos que abarquen al mismo tiempo la evaluación psiquiátrica otológica y neurológica del vértigo.
- Se sugiere que el tratamiento para los trastornos de ansiedad y trastornos del oído interno se incluyan: farmacología, terapia cognitivo-comportamental y rehabilitación vestibular. Este tratamiento propuesto debe ser conjunto y multidisciplinario.
- Se debería sensibilizar y formar a los profesionales para tratar estos trastornos de forma conjunta entre otorrinolaringólogos neurólogos y psiquiatras
- Es importante el continuar la revisión y estudios en nuestro medio con el fin de enriquecer la práctica médica clínica así como la de otras disciplinas y con ellos divulgar más los contenidos y encontrar nuevos puntos de encuentro.

CONCLUSIONES

- En este caso se afirma la relación entre ansiedad y tinnitus.
- Disminución de los vértigos , acúfenos y ansiedad en este caso durante el ingreso.
- Los pacientes que presentan trastornos del oído, como tinnitus y vértigo, presentan una alta incidencia de psicopatología especialmente por trastornos de ansiedad que requieren atención clínica.
- Las personas con tinnitus a menudo se siente solas, y piensan que los demás no les entienden. También les suele costar pedir ayuda o consultar con un especialista, ya que sienten cierto tabú o vergüenza, lo que acaba empeorando su aislamiento y les provoca mayor ansiedad.
- El tratamiento conjunto de tinnitus y ansiedad mejora la calidad de vida de estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA
1. Kaplan BJ, Kaplan VA. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 9th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
2. Eagger S, Luxon LM, Davies RA, Coelho A, Ron MA. Psychiatric morbidity in patients with peripheral vestibular disorder: A clinical and neuro-otological study. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1992; 55: 383-7.
3. Diccionario enciclopédico Ilustrado de Medicina. Dorland.
4. Sánchez C. Trastornos de Ansiedad. En: Arteaga C, Ospina J. Recomendaciones básicas para la atención de los trastornos psiquiátricos. Bogotá: Noosfera Editorial 1999; 66-81.
5. Torres de G. Y, Posada J. Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. Colombia. 1993. Ministerio de Salud. Bogotá; 1994.
6. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Un panorama nacional de la salud y la enfermedad mental en Colombia. Informe preliminar. Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003.

Resumen: *Caso clínico de un paciente ingresado en una planta de psiquiatría por una ideación autolítica.Se observa cierta relación en su estado de ánimo, la muerte de su mujer y los problemas en su oído medio como son los acúfenos y vértigos.*

Esta situación lo lleva a un estado de ansiedad que hace que se aisle socialmente.

En planta se elabora un plan de cuidados de enfermería personalizado para abordar sus problemas, al trabajar en ello se ve que a medida que disminuye su ansiedad, también disminuyen sus pitidos en oído.

Palabras Clave: *Acúfenos; ansiedad; depresión.*

Introducción

La ansiedad es un mecanismo adaptativo natural que nos permite ponernos alerta ante sucesos comprometidos. La ansiedad se caracteriza, desde el punto de vista psiquiátrico, por una serie de síntomas dentro de los cuales aparecen aquellos que atañen al sistema auditivo y del equilibrio, como pueden ser el mareo, el vértigo, acúfenos y la inestabilidad entre otros.

El vértigo periférico es el causado por la afectación del laberinto (oído interno) y nervio vestibular (el que lleva la información del equilibrio desde el oído interno al cerebro), y es el más frecuente. Los pacientes suelen presentar además pérdida de audición y zumbidos, presión y dolor en el oído.

Tinnitus o acúfenos, una afección que se caracteriza por oír constantemente un zumbido o pitido en el oído.

Más del 50 por ciento de las personas que sufren tinnitus o acúfenos, pueden presentar ansiedad o depresión, además de dificultades para dormir, insomnio y nerviosismo, alteraciones del estado de ánimo y estrés.

Estas alteraciones acaban influyendo en la vida social de las personas que sufren esta dolencia y afectar a sus relaciones con los amigos y familiares.

Caso clínico

Varón de 69 años, diagnosticado de Tto ansioso-depresivo, ingresa en la unidad de psiquiatría por ideación autolítica. Su mujer falleció hace un año y desde entonces más triste y decaído.

Aislamiento social. Desde hace 6 meses en tratamiento con betahistina 8mg por vértigos y acúfenos, no observando mejoría. Insiste en que vive con un pitido constante, como en una emisión en alta frecuencia. Los molestos acúfenos pueden llegar a minar su paciencia y el ánimo. De día lo puede soportar, pero no tanto por la noche.

En la actualidad, deprimido, con mucha ansiedad e insomnio, continúas molestias de los acúfenos y vértigos, hacen que no quiera seguir viviendo, se siente desbordado por la situación.

Plan de cuidados enfermeros

Con este paciente, se plantean unos cuidados enfermeros que engloban desde la administración del tratamiento farmacológico indicado para su enfermedad hasta actividades grupales e individua-

ISBN: 978-84-949197-6-3

les, con ellas vamos a trabajar en calmar su ansiedad y en afrontar los problemas. Para ello utilizaremos las taxonomías NANDA-NI-NOC.

Discusión

Se necesitan mas trabajos que abarquen al mismo tiempo la evaluación psiquiátrica otológica y neurológica del vértigo.

Se sugiere que el tratamiento para los trastornos de ansiedad y trastornos del oído interno se incluyan: farmacología, terapia cognitivo-comportamental y rehabilitación vestibular. Este tratamiento propuesto debe ser conjunto y multidisciplinario.

Se debería sensibilizar y formar a los profesionales para tratar estos trastornos de forma conjunta entre otorrinolaringólogos neurólogos y psiquiatras

Es importante el continuar la revisión y estudios en nuestro medio con el fin de enriquecer la práctica médica clínica así como la de otras disciplinas y con ellos divulgar más los contenidos y encontrar nuevos puntos de encuentro.

Conclusiones

- En este caso se afirma la relación entre ansiedad y tinnitus.
- Disminución de los vértigos , acúfenos y ansiedad en este caso durante el ingreso.
- Los pacientes que presentan trastornos del oído, como tinnitus y vértigo, presentan una alta incidencia de psicopatología especialmente por trastornos de ansiedad que requieren atención clínica.
- Las personas con tinnitus a menudo se siente solas, y piensan que los demás no les entienden. También les suele costar pedir ayuda o consultar con un especialista, ya que sienten cierto tabú o vergüenza, lo que acaba empeorando su aislamiento y les provoca mayor ansiedad.
- El tratamiento conjunto de tinnitus y ansiedad mejora la calidad de vida de estos pacientes.

Bibliografía

1. Kaplan BJ, Kaplan VA. Kaplan and Sadock›s Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 9th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
2. Eagger S, Luxon LM, Davies RA, Coelho A, Ron MA. Psychiatric morbidity in patients with peripheral vestibular disorder: A clinical and neuro-otological study. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1992; 55: 383-7.
3. Diccionario enciclopédico Ilustrado de Medicina. Dorland.
4. Sánchez C. Trastornos de Ansiedad. En: Arteaga C, Ospina J. Recomendaciones básicas para la atención de los trastornos psiquiátricos. Bogotá: Noosfera Editorial 1999; 66-81.
5. Torres de G. Y, Posada J. Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. Colombia. 1993. Ministerio de Salud. Bogotá; 1994.

Capítulo 208

Residencia con uso racional de sujeciones

Cabañero Luján, Remedios

Jiménez Serrano, Rebeca

Gregorio Ropero, María Dolores

Martín Millán, María Belén

Sánchez González, Irene

Ocaña García-Abadillo, Mª Carmen

Resumen: *En los últimos años, las contenciones mecánicas están adquiriendo progresivamente un uso indiscriminado e irracional en algunos casos. Se entienden estas medidas como una utilización de dispositivos mecánicos para restringir los movimientos de una parte del cuerpo, o impedirlos en su totalidad, como determinación excepcional o extrema, con el objetivo de prevenir aquellas actividades físicas que pueden poner en situación de riesgo o en peligro de lesión al enfermo o a otras personas de su entorno.*

En el siguiente video pretendemos mostrar cómo se pueden eliminar algunas sujeciones en una residencia de mayores.

Palabras Clave: *Sujeción mecánica; contención mecánica; residencia.*

En nuestro trabajo diario en una residencia de mayores pública, cuyo personal sanitario pertenece al SESCAM, hemos vivido en primera persona cómo ha evolucionado el cuidado hacia los residentes a lo largo de los últimos años. Lejos de pretender una tolerancia cero a las contenciones lo que se intenta es racionalizar su uso lo máximo posible. Por una parte, existen residentes que se encuentran más seguros con dos barandillas subidas en sus camas y ellos mismos nos lo manifiestan. Por otra parte, hay familias que prefieren que su familiar/residente lleven puesto el cinturón. Entendemos que es más la intención de uso que el material, lo que determina el conflicto ético.

Las contenciones mecánicas se utilizan, entre otras cosas, para los siguientes casos:

- Prevención de caídas.
- Agitación psicomotriz.
- Evitar autolesiones.
- Prevenir interferencias en el plan terapéutico del propio paciente o demás.
- Mantener la posición anatómica en personas con hipotonía.

Como profesionales de la sanidad pública española debemos tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- En primer lugar, debemos detectar el problema que va a dar lugar a una futura puesta en marcha de una contención mecánica en ese residente. Analizar el caso pormenorizadamente y de manera interdisciplinar es fundamental
- En segundo lugar, debemos pensar y poner en marcha todas las alternativas posibles que estén en nuestras manos, para evitar esa contención mecánica. Para ello es imprescindible tener una buena formación en la materia y contar con los apoyos tanto económicos como en materia de personal a nuestro alcance.
- Cuando no existe otra alternativa que nos libre de la contención, debemos informar al familiar y al residente, en caso de encontrarse con las capacidades cognitivas conservadas. En todo momento, antes de colocar una contención mecánica en una persona mayor, debe existir un consentimiento informado por parte del facultativo y del familiar a cargo de la persona mayor. Estos documentos deben revisarse periódicamente, pues puede ser que el motivo que dio lugar a la colocación de una contención haya desaparecido.

ISBN: 978-84-949197-6-3

- Finalmente y una vez colocada la contención en la persona mayor, debe realizarse un seguimiento durante las primeras horas, pues puede ser que la colocación de la misma dé lugar a consecuencias nefastas para la persona mayor, como por ejemplo una caída con mayores consecuencias que si se cayera libremente. También se debe reevaluar periódicamente por si la circunstancia que la motivó ha desaparecido.

El uso racional de contenciones es un proceso largo y difícil, pero muy beneficioso para los residentes y sus familiares, además de satisfactorio para los profesionales sanitarios

Bibliografía

1. Burgueño Torijano, A. “Atar para cuidar: uso de sujeciones físicas y químicas en personas mayores dependientes que reciben cuidados prolongados” 2008.
2. López López,M.T. “Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario”. 2016.
3. Rodríguez Delgado, J. “Contenciones mecánicas en geriatría: propuestas técnicas y recomendaciones de uso en el ámbito social.” 2013.
4. Ruiz García, J. Rodríguez de Vera Selva, Mª L. “Inmovilización de pacientes y sujeción mecánica. Protocolo consensuado”. 2012.

Capítulo 209

Respiratorio al límite. El decúbito prono en Unidad de Críticos. Cuidados de Enfermería

Garrido Avileo, Anastasio

Rubio Garcia, María Nuria

Labrandero Alcázar, María Dolores

Viedma Moreno, Isabel

RESPIRATORIO AL LÍMITE.
EL DECÚBITO PRONO EN UNIDAD DE CRÍTICOS. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

INTRODUCCION

Es una práctica cada vez más habitual dentro de las unidades de cuidados intensivos ya que los estudios demuestran una mejora de la ventilación hacia las zonas dorsales del pulmón, que en Decúbito Supino mayoritariamente colapsados en pacientes con SDRA.



CASO CLÍNICO

Varón de 53 años, independiente, que presenta disnea a moderados esfuerzos, con antecedentes de: HTA / Dislipemia / Obesidad / EPOC / Fumador activo de 6 cigarrillos al día, que ingresa en UCI con diagnóstico de Neumonía Comunitaria bilateral con germen no filiado.
Inicialmente hipoxémico, precisando aumento del soporte ventilatorio, con VMNI que resulta ineficaz, por lo que se decide IOT a las 48 h de su ingreso en la unidad.
Tras 9 días de tratamiento y ante empeoramiento respiratorio asociando a éste la presencia de neumotórax por barotrauma, se decide pronación, proceso que se repite hasta en cinco ocasiones durante su estancia en UCI.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- Cama en antitrendelemburg
- Movilización de cabeza y de extremidades
- Comprobar la correcta posición del TET y SNG.
- Aspiración de secreciones orotraqueales.
- Revisión sistemática de accesos vasculares y sistemas de drenaje.
- Cuidado de ojos.
- Vigilar y prevenir la aparición de úlceras por presión.

OBJETIVOS DE ENFERMERÍA

Encaminada a conseguir disminuir o evitar las complicaciones debidas al giro, como son:

- Extubación accidental o desconexión
- Taponamiento u obstrucción del TET.
- Broncoaspiración
- Deterioro hemodinámico
- Pérdida de accesos vasculares durante el giro.
- Desconexión de sondas y drenajes.

Y las complicaciones por las propias características de la colocación del paciente en DP:

- Edema facial, lingual y palpebral.
- Lesión de córnea
- Úlceras por decúbito.



CONCLUSIONES

La literatura revisada recoge efectos beneficiosos de la terapia sobre la oxigenación y la mecánica respiratoria, aumentando éstos en el 60 -80 % de los pacientes, sin embargo, no se observan evidencias significativas de que la posición prona disminuya la tasa de mortalidad en pacientes con SDRA.
De todo esto surge la necesidad de establecer un plan de cuidados específicos para este tipo de pacientes, debido a que existen acciones en las que la enfermería realiza un papel fundamental en la prevención de las complicaciones que pueden surgir con pacientes en posición prona.

REFERENCIAS

Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros. Rev. Critica y guía práctica. Barcelona: Masson 2000;
Revista de Enfermería . Mayo 2015. La terapia del decúbito prono desde la perspectiva de la enfermera en UCI

Resumen: *La colocación de pacientes con Sindrome de Distres Respiratorio Agudo (SDRA) en posición prona, es una práctica cada vez más habitual dentro de las unidades de cuidados intensivos, ya que los estudios demuestran una mejora de la ventilación hacia las zonas dorsales del pulmón, cosa que en decúbito supino no ocurre, debido a que los pulmones se encuentran mayoritariamente colapsados en pacientes con SDRA.*

El personal de enfermería tiene un papel importantisimo en estos pacientes, pues debemos evitar las posibles complicaciones que puedan surgir al movilizar al paciente y las complicaciones propias de la colocación en decúbito prono

Palabras Clave: *Insuficiencia respiratoria; posición prona; cuidados de enfermería.*

Caso Clínico

Varón de 53 años, independiente, que presenta disnea a moderados esfuerzos, con antecedentes de: HTA, dislipemia, obesidad, EPOC, fumador activo de 6 cigarrillos al día, que ingresa en UCI con diagnóstico de Neumonía Comunitaria bilateral con germen no filiado.

Inicialmente hipoxémico, precisando aumento del soporte ventilatorio, con ventilación mecánica no invasiva (VMNI) que resulta ineficaz, por lo que se decide Intubación Orotraqueal (IOT) a las 48 h de su ingreso en la unidad.

Tras 9 días de tratamiento y ante empeoramiento respiratorio asociando a éste la presencia de neumotórax por barotrauma, se decide pronación, proceso que se repite hasta en cinco ocasiones durante su estancia en UCI.

Objetivos de enfermería

Encaminados por un lado a conseguir disminuir o evitar las complicaciones debidas al giro o movilización del paciente, como son:

- Extubación accidental o desconexión.
- Taponamiento u obstrucción del tubo Endotraqueal (TET).
- Broncoaspiración.
- Deterioro hemodinámico.
- Pérdida de accesos vasculares durante el giro.
- Desconexión de sondas y drenajes.

Y por otro lado las complicaciones por las propias características de la colocación del paciente en decúbito prono (DP):

- Edema facial, lingual y palpebral.
- Lesión de córnea.
- Úlceras por decúbito.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Cuidados de enfermería

Entre los cuidados de enfermería que requieren este tipo de pacientes podemos destacar los siguientes:

- Cama en antitrendelemburg.
- Movilización de cabeza y de extremidades.
- Comprobar la correcta posición del TET y SNG.
- Aspiración de secreciones orotraqueales.
- Revisión sistemática de accesos vasculares y sistemas de drenaje.
- Cuidado de ojos.
- Vigilar y prevenir la aparición de úlceras por presión.

Conclusiones

La literatura revisada recoge efectos beneficiosos de la terapia sobre la oxigenación y la mecánica respiratoria, aumentando éstos en el 60 -80 % de los pacientes, sin embargo, no se observan evidencias significativas de que la posición prona disminuya la tasa de mortalidad en pacientes con SDRA.

De todo esto surge la necesidad de establecer un plan de cuidados específicos para este tipo de pacientes, debido a que existen acciones en las que la enfermería realiza un papel fundamental en la prevención de las complicaciones que pueden surgir con pacientes en posición prona.

Bibliografía

1. Martin de la Torre M. González T. López T. López S. Técnica de colocación a DP: estudio hemodinámico, respiratorio y complicaciones. Enfermería Intensiva 2000: 11:127-35.
2. Oliva F. Subirana M. Paulet M. Jover C. Solá N. Plan de atención de enfermería al paciente en decúbito prono. Experiencia práctica. Enfermería Intensiva 1995: 6: 149-58.
3. Serrano JA. López N. Cazorla P. López A. Payán A. Lao FJ. Ventilación en decúbito prono. Cuidaddos de enfermería. Enfermería Clínica. 2001:11:36-43.

Capítulo 210

Resultados de la implantación de un protocolo de ingreso eficiente de pacientes desde el Servicio de Urgencias a planta

Madrid Franco, Pablo Jesús

Salas Moreno, María Jesús

Luna Madrid, Enrique

Madrid Franco, Marina

Moreno Bolívar, María Gumersinda

Benítez Espinosa, Ana María

RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE INGRESO EFICIENTE DE PACIENTES DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS A PLANTA

INTRODUCCIÓN

La deficiente gestión de los ingresos desde el servicio de Urgencias supone en muchos casos demoras inapropiadas, saturación del servicio e incluso su colapso, sin olvidar las deficiencias que ello supone en relación a la intimidad de pacientes y acompañantes. Por todo lo anterior, se hace necesario disponer de un protocolo de ingreso eficiente de pacientes desde el servicio de urgencias a hospitalización que suponga una correcta gestión de los ingresos hospitalarios para minimizar los anteriores problemas y optimice el funcionamiento del Servicio de Urgencias.

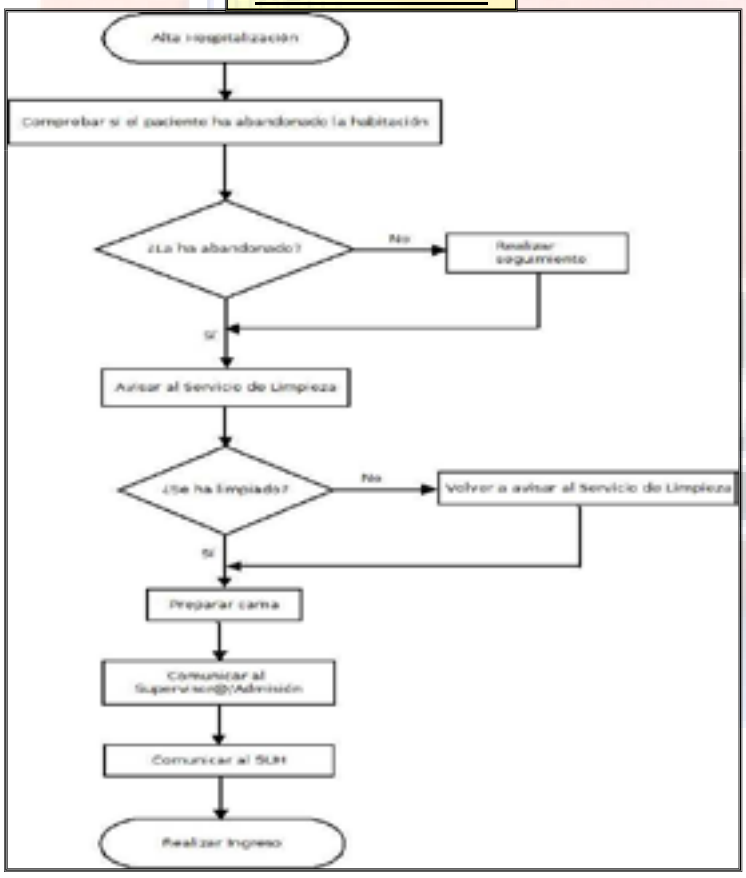
OBJETIVO

- Lograr una adecuada priorización de la asistencia, de acuerdo a los criterios establecidos por la GAI de ----------
- Reducir el tiempo de espera en el Servicio de Urgencias Hospitalarias de los pacientes pendientes de ingreso.
- Reducir el tiempo de espera de los pacientes programados que ingresan en el turno de mañana y tarde.
- Medir y comparar los tiempos de estancia media (TEM) de los pacientes en el servicio de Urgencias del hospital de ---------- así como el número total de pacientes que han acudido a este servicio en los años 2015, 2016, 2017 y 2018.

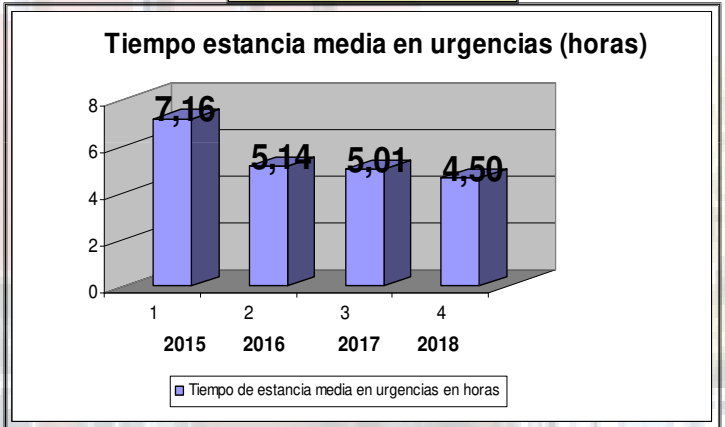
MATERIAL y MÉTODO

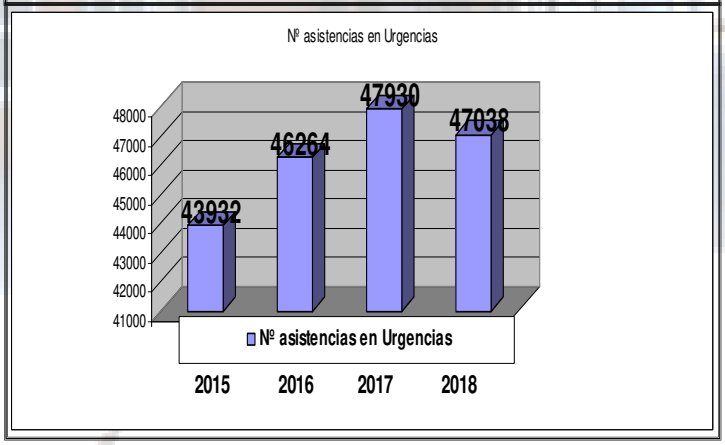
- Se realiza a través de un Protocolo (junto a otras medidas) en el cual se establece el ámbito de aplicación, ámbito de difusión, documentación relacionada, funciones de los diferentes profesionales implicados de Enfermería, operativa y diagrama de flujo complementario.
- Se presenta un estudio descriptivo retrospectivo transversal de los resultados obtenidos sobre el TEM en el servicio de Urgencias y del número total de asistencias realizadas en el servicio de Urgencias hospitalarias del hospital de ---------- (C. Real) antes y después de la puesta en marcha de este protocolo. Los datos de esas 2 variables han sido obtenidos del sistema informático corporativo (Mambrino) durante los años 2015, 2016, 2017 y 2018. El criterio de inclusión ha sido todos los pacientes que han sido atendidos en la Urgencias de dicho hospital en esos años, no habiéndose establecido criterio de exclusión alguno. Una vez obtenidos los datos, procedimos a su recopilación mediante tablas de cálculo EXCEL y análisis de los datos con el programa estadístico SPSS v.15

INTERVENCIONES



RESULTADOS





RESULTADOS y CONCLUSIONES:

Con este protocolo hemos conseguido mejorar el tiempo de estancia media en urgencias de los pacientes del hospital de ----------, pasando de 7,16h en 2015 a 4,50h en 2018 (2,66h menos), incluso con un aumento del número total de asistencias en Urgencias, pasando de 43930 pacientes del año 2015 a los 47038 pacientes del año 2018 (4000 pacientes más que en al año 2015). Podemos concluir que, estableciendo un protocolo de actuación para los diferentes profesionales involucrados en el ingreso de los pacientes desde el Servicio de Urgencias a la planta de hospitalización, se optimiza el funcionamiento de los ingresos, evita problemas de comunicación durante su realización y facilita una correcta gestión de los mismos. Por el contrario, no podemos aseverar que esta mejoría en el TEM se debe exclusivamente a esta medida, ya que ha coincidido con otras enfocadas al mismo fin.

XI CONGRESO DE INVESTIGACIÓN SATSE CIUDAD REAL – Del 29 al 31 de Mayo de 2019

Resumen: *La deficiente gestión de los ingresos desde el servicio de Urgencias supone en muchos casos demoras inapropiadas, saturación del servicio e incluso su colapso, sin olvidar los problemas que ello supone en relación con la intimidad de los pacientes y sus acompañantes. Por ello, es necesario disponer de un protocolo de ingreso eficiente de pacientes desde el servicio de urgencias a planta de hospitalización, el cual suponga una correcta gestión de dichos ingresos hospitalarios con la intención de minimizar los problemas citados anteriormente durante la hospitalización de un paciente así como para optimizar el funcionamiento del servicio de Urgencias.*

Palabras Clave: *Protocolos; proceso en enfermería; investigación en administración de enfermería.*

Objetivos

- Lograr una adecuada priorización de la asistencia, de acuerdo a los criterios establecidos por la Gerencia de Atención Integrada de Puertollano.
- Reducir el tiempo de espera en el Servicio de Urgencias Hospitalarias de los pacientes pendientes de ingreso.
- Disminuir el tiempo de espera de los pacientes programados que ingresan en el turno de mañana y tarde.
- Medir y comparar los tiempos de estancia media (TEM) de los pacientes en el servicio de Urgencias del hospital de Puertollano así como el número total de pacientes que han acudido a este servicio en los años 2015, 2016, 2017 y 2018.

Materiales y métodos

Se realiza un protocolo en el cual se establece el ámbito de aplicación, ámbito de difusión, documentación relacionada, funciones de los diferentes profesionales implicados de Enfermería, operativa y diagrama de flujo complementario.

Dicho protocolo está basado en un estudio descriptivo retrospectivo transversal de los resultados obtenidos sobre el tiempo de espera medio (TEM) en el servicio de Urgencias y del número total de asistencias realizadas en el servicio de Urgencias hospitalarias del hospital de Puertollano (Ciudad Real) antes y después de la puesta en marcha de este protocolo.

Los datos de esas 2 variables han sido obtenidos del sistema informático corporativo (Mambrino) durante los años 2015, 2016, 2017 y 2018, el criterio de inclusión ha sido todos los pacientes que han sido atendidos en la Urgencias de dicho hospital en esos años (no habiéndose establecido criterio de exclusión alguno) y una vez obtenidos estos datos, procedimos a su recopilación mediante tablas de cálculo EXCEL y análisis de los datos con el programa estadístico SPSS v.15

Resultados

Con este protocolo, hemos conseguido mejorar el tiempo de estancia media en urgencias de los pacientes, pasando de 7,16 horas en 2015 a 4,50 horas en 2018 (2,66h menos), incluso con un au-

ISBN: 978-84-949197-6-3

mento del número total de asistencias en Urgencias, pasando de 43930 pacientes del año 2015 a los 47038 pacientes del año 2018 (4000 pacientes más que en al año 2015).

Conclusiones

- Estableciendo un protocolo de actuación para los diferentes profesionales involucrados en el ingreso de los pacientes desde el servicio de Urgencias a la planta de hospitalización, se optimiza el funcionamiento de los ingresos, evita problemas de comunicación durante su realización y facilita una correcta gestión de los mismos.
- Por el contrario, no podemos aseverar que esta mejoría en el TEM se debe exclusivamente a esta medida, ya que ha coincidido con otras enfocadas al mismo fin.

Bibliografía

1. Ollero M. Adecuación y utilidad del ingreso hospitalario. Med Clin (Barc) 2001: 116: 650-7.
2. Peiro S Meneu R. Rosello ML. Validez del protocolo de evaluación del uso inapropiado de la hospitalización. Med Clin (Barc)1996 Jun 22; 107(4): 124-9.
3. San Román Terán C. Guil García M. Fernández Sepúlveda S. ingresos y estancias inadecuadas en Medicina Interna Med Clin (Barc) 2002; 118:157.
4. Rodriguez Vera FJ. Marín Fernández Y. Sánchez A. Borrachero C. Adecuación de los ingresos y estancias en un servicio de medicina Interna de un hospital de segundo nivel utilizando la versión concurrente del AEP. An Med Int 2003;20: 654-8.
5. González-Montalvo JI, Baztán JJ, Rodríguez-Ma-ñas L, San Cristóbal E, Gato A, Ballesteros P et al. Ingreso hospitalario urgente en servicios médicos: causas, justificación, factores sociales y sus diferencias en función de la edad. Med Clin (Barc) 1994; 103: 441-444.

Capítulo 211

Revisión bibliográfica sobre el tratamiento del vértigo postural paroxístico benigno (VPPB)

Lozano Jiménez, Sandra

Palencia Guerrero, María Teresa

Fernández-Sarabia Pardo, Laura

Guzmán Pecino, Verónica

Revisión bibliográfica sobre el tratamiento del Vértigo postural paroxístico benigno (VPPB)

INTRODUCCIÓN:

El vértigo es una ilusión de movimiento del paciente o su entorno, de que las cosas externas están rotando o desplazándose alrededor de uno o de que es uno mismo quien está dando vueltas en el espacio.

El VPPB es la causa más común de vértigo, sobretodo se suele presentar a partir de los 40 años y es producido por una alteración en el oído interno.

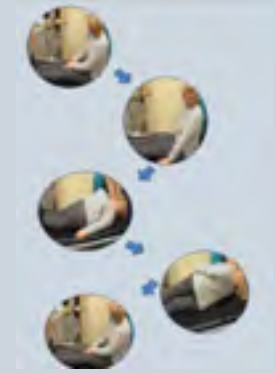
Para su diagnóstico, en la mayoría de casos es suficiente con la historia clínica, pero para confirmarlo se llevarán a cabo una serie de pruebas y, entre ellas, la maniobra de Dix-Hallpike.

Tiene un significativo impacto en la calidad de vida de las personas que lo padecen, pero tiene tratamientos muy efectivos a corto plazo.

El tratamiento del VPPB se realiza a través de maniobras de reposición, como la de Epley o la de Semont, que han demostrado su efectividad en varios estudios.



Maniobra de Semont



Maniobra de Epley

OBJETIVOS:

Determinar la clínica, prevalencia y diagnóstivo del VPPB.

Evaluar qué maniobras son más efectivas en el tratamiento de este tipo de vértigo.

Estudiar la eficacia del tratamiento manual y de fisioterapia en esta patología.

METODOLOGÍA:

Búsqueda y selección bibliográfica en la biblioteca de la Universidad de Jaén, así como una búsqueda en distintas bases de datos como PUBMED, SCIELO, MEDLINE y COCHRANE.

Los descriptores utilizados en esta búsqueda fueron: vértigo posicional paroxístico benigno, vértigo posicional, tratamiento, maniobras de reposición, diagnóstico (benign paroxysmal positional vertigo, positional vertigo, treatment, canalicular reposition maneuvers, diagnostic).

Como operadores lógicos se empleó el AND.En la base de datos de Pubmed se introdujo “benign paroxysmal positional vértigo”, tras la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión se obtuvieron 110 artículos.

Se añadieron unos descriptores "Treatment" y "Canalicular reposition maneuvers", de los cuales seleccionamos 43 artículos. Después de analizar dichos artículos, decidimos comparar dos maniobras: “Epley maneuver” y “Semont maneuver”, obteniendo 30 resultados, de los cuales se extrajeron 2.

Cambiando “clinical trial” como criterio y empleando “Randomised Controlled Trial”, se obtuvieron 25 resultados, a los cuales aplicando otros criterios (no más de 10 años, texto completo) se obtuvieron 3 artículos.

RESULTADOS:

De todos los tipos de VPPB el más común es el que afecta al conducto posterior. Las técnicas manuales y de Fisioterapia, tiene una eficacia entre un 70 y un 90%.

La maniobra de Epley tiene una eficacia de un 90% y es la más utilizada.

CONCLUSIONES:

Tras la búsqueda bibliográfica realizada podemos extraer la conclusión de la importancia de las maniobras de reposicionamiento en pacientes con vértigo paroxístico benigno, donde los fármacos no ejercen la eficacia necesaria.

Son técnicas sencillas, que han demostrado ofrecernos grandes resultados sin apenas efectos secundarios, y esto complementado con Fisioterapia, nos demuestra que es un tratamiento muy útil y eficiente, y en algunos casos sin necesidad de complementarlo con fármacos.

BIBLIOGRAFÍA:

- Epley JM. The canalith repositioning procedure: for treatment of benign paroxysmal positional vertigo. Otolaryngol head Neck Surg.1992; 107:399-404
- Sacco RR, Burmeister DB, Rupp VA, Greenberg MR. Management of benign paroxysmal positional vertigo: a randomized controlled trial. J emerg med.2014;46:575 581
- M.P.Prim Espada, J.I.De diego Sastre, Elia Pérez Fernández. Meta-analysis on the efficacy of Epley's manoeuvre in benign paroxysmal positional vértigo. Neurología[Internet]. 2010[citado 30 ene 2017];25(5):295-299. Disponible en: https://0www.sciencedirect.com.avalos.ujaen.es/science/article/pii/S0213485310000198?np=y&npKey=4691579dc1f7a827865e673e36c3ee84286c4807a9a9b2addb33f4e89f3e366f
- Rigg C, Anderson R. Vertigo. Innovait.2010; 3:638-645
- Andrew. M Coleman. A dictionary of Psychology.4 ed.Oxford:Oxford University Press; 2015
- José A. López- Escámez. Practical Approach to Recurrent Benign Paroxysmal Positional Vertigo. Seorl ccc [Internet]. 2008 [citado 30 ene 2017];59(8):413-419.Disponible en: https://0 www.sciencedirect.com.avalos.ujaen.es/science/article/pii/S0001651908759909?np=y&npKey=b3fd29bc945dbe0e997e552d08f72fea776dd4e80e53f7888db812c93239ff7d
- Balikci HH, Ozbai I. Effects of postural restriction after modified Epley maneuver on recurrence of benign paroxysmal positional vertigo. Auris Nasus Larynx.2014; 41:428-431

Resumen: *El vértigo es una ilusión de movimiento del paciente o su entorno. El VPPB es la causa más común de vértigo, sobretodo a partir de los 40 años y es producido por una alteración en el oído interno.*

Para su diagnóstico, en la mayoría de casos es suficiente con la historia clínica, pero para confirmarlo se llevarán a cabo una serie de pruebas. Tiene un significativo impacto en la calidad de vida, pero tiene tratamientos muy efectivos a corto plazo.

El tratamiento del VPPB se realiza a través de maniobras de reposición que han demostrado su efectividad en varios estudios.

Palabras Clave: *Benign paroxysmal positional vértigo; diagnostic; treatment.*

Introducción

El vértigo es una ilusión de movimiento del paciente o su entorno, de que las cosas externas están rotando o desplazándose alrededor de uno o de que es uno mismo quien está dando vueltas en el espacio.

El VPPB es la causa más común de vértigo, sobretodo se suele presentar a partir de los 40 años y es producido por una alteración en el oído interno.

Para su diagnóstico, en la mayoría de casos es suficiente con la historia clínica, pero para confirmarlo se llevarán a cabo una serie de pruebas y, entre ellas, la maniobra de Dix-Hallpike.

Tiene un significativo impacto en la calidad de vida de las personas que lo padecen, pero tiene tratamientos muy efectivos a corto plazo.

El tratamiento del VPPB se realiza a través de maniobras de reposición, como la de Epley o la de Semont, que han demostrado su efectividad en varios estudios.

Objetivos

- Determinar la clínica, prevalencia y diagnóstivo del VPPB.
- Evaluar qué maniobras son más efectivas en el tratamiento de este tipo de vértigo.
- Estudiar la eficacia del tratamiento manual y de fisioterapia en esta patología.

Metodología

Búsqueda y selección bibliográfica en la biblioteca de la Universidad de Jaén, así como una búsqueda en distintas bases de datos como PUBMED, SCIELO, MEDLINE y COCHRANE.

Los descriptores utilizados en esta búsqueda fueron: Vértigo posicional paroxístico benigno, vértigo posicional, tratamiento, maniobras de reposición, diagnóstico (benign paroxysmal positional vertigo, positional vertigo, treatment, canalicular reposition maneuvers, diagnostic).

Como operadores lógicos se empleó el AND. En la base de datos de Pubmed se introdujo “benign paroxysmal positional vértigo”, tras la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión se obtuvieron 110 artículos.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Se añadieron unos descriptores «Treatment» y «Canalicular reposition maneuvers», de los cuales seleccionamos 43 artículos.

Después de analizar dichos artículos, decidimos comparar dos maniobras: “Epley maneuver” y “Semont maneuver”, obteniendo 30 resultados, de los cuales se extrajeron 2.

Cambiando “clinical trial” como criterio y empleando “Randomised Controlled Trial”, se obtuvieron 25 resultados, a los cuales aplicando otros criterios (no más de 10 años, texto completo) se obtuvieron 3 artículos.

Resultados

De todos los tipos de VPPB el más común es el que afecta al conducto posterior. Las técnicas manuales y de Fisioterapia, tiene una eficacia entre un 70 y un 90%.

La maniobra de Epley tiene una eficacia de un 90% y es la más utilizada.

Conclusiones

Tras la búsqueda bibliográfica realizada podemos extraer la conclusión de la importancia de las maniobras de reposicionamiento en pacientes con vértigo paroxístico benigno, donde los fármacos no ejercen la eficacia necesaria.

Son técnicas sencillas, que han demostrado ofrecernos grandes resultados sin apenas efectos secundarios, y esto complementado con Fisioterapia, nos demuestra que es un tratamiento muy útil y eficiente, y en algunos casos sin necesidad de complementarlo con fármacos.

Bibliografía

1. Epley JM. The canalith repositioning procedure: for treatment of benign paroxysmal positional vertigo. Otolaryngol head Neck Surg.1992; 107:399-404.
2. Sacco RR, Burmeister DB, Rupp VA, Greenberg MR. Management of benign paroxysmal positional vertigo: a randomized controlled trial. J emerg med.2014;46:575 581.
3. M.P.Prim Espada, J.I.De diego Sastre, Elia Pérez Fernández. Meta-analysis on the eficacy of Epley›s manoeuvre in benign paroxysmal positional vértigo. Neurología[Internet]. 2010[citado 30 ene 2017];25(5):295-299. Disponible en: https://0www.sciencedirect.com.avalos.ujaen.es/science/article/pii/S0213485310000198?np=y&npKey=4691579dc1f7a827865e673e36c3ee84286c4807a9a9b2addb33f4e89f3e366f.
4. Rigg C, Anderson R. Vertigo. Innovait.2010; 3:638-645.
5. Andrew. M Coleman. A dictionary of Psychology.4 ed.Oxford:Oxford University Press; 2015.

Capítulo 212

Revisión bibliográfica sobre los factores que influyen en la aparición de errores en la administración de fármacos por parte de enfermería

Ledesma Gomez, Jesús

Román Alcántara, Moisés

Peralbo Aparicio, Ana

Zarca Cano, María

Gallego Romero, Inmaculada

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA APARICIÓN DE ERRORES EN LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS POR PARTE DE ENFERMERÍA

INTRODUCCION

En los últimos años los errores de medicación (EM) han ido aumentando hasta convertirse probablemente, en los incidentes más comunes de la seguridad del paciente . La realidad de que el tratamiento farmacológico puede afectar negativamente al paciente es algo que la comunidad de la salud ha tenido que ir aceptando en los últimos años.

Los EM son definidos como cualquier evento evitable que pueda causar o inducir el uso inapropiado de medicamentos o dañar al paciente, en cualquiera de las terapias farmacológicas. Son probablemente el incidente más común que afecta a la seguridad del paciente, causando daños al mismo, molestias entre los equipos médicos y elevados costes para el sistema sanitario.

Hay que diferenciar dos conceptos:

-Resultado negativo asociado a la medicación (RNM): problema de salud, un estado de salud no deseado en el paciente, atribuible al uso (o falta de uso) de los medicamentos.

-Problema relacionado con los medicamentos (PRM): situación inadecuadas o errores en el proceso de uso de los medicamentos.

OBJETIVO:

Identificar los tipos de errores y los factores de riesgo que ocurren durante el proceso de administración de medicamentos

MÉTODO

Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos.

Palabras clave: errores de medicación, enfermera, factores.

Se buscan descriptores apropiados, para ello se utilizan los DeCS.

Base de datos	Descriptor +operadores boleanos	Total estudios	Total estudios aplicando CI y CE	Total estudios seleccionados
PubMed	Medication errors AND nursin AND Factors	703 artículos	96 artículos	11 artículos
Embase	Medication Errors AND Nursing AND Factors	453 artículos	117 artículos	4 artículos

LIMITACIONES

La gran mayoría de los estudios han detectado los MAE, cuando estos habían alcanzado al paciente con una gravedad considerable. Estos datos son debido a que la enfermería no notifica los eventos adversos por miedo a las consecuencias legales o laborales, por ello actualmente existes plataformas para notificar sin carácter punitivo.

Se debería trabajar para promover las notificaciones de los errores y así poder conocer donde y por qué aparecen.

CONCLUSIONES

Los MAE tienen múltiples causas que incluyen actos inseguros y condiciones que pueden provocar daños al paciente. Los facotres que se han evienciado que más MAE ha n provocado, son las cargas excesivas de trabajo, las interrupiciones y distracciones durante el proceso de preparacion y administración, la falta de comunicación con el personal médico , la falta de documentacion para consultar dudas y la falta de higiende de manos.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

La seguridad del paciente y, medicamentos ,debe representar partes clave en el proceso que puedan garantizar la calidad en los entornos hospitalarios.

Los eventos adversos (ADE) son definidos como cualquier suceso médico no deseado que pueda presentar un paciente durante el tratamiento con un medicamento, pero que no tiene necesariamente una relación causal con dicho tratamiento.

En cuanto a la administración de fármacos, existe un ciclo que va desde la prescripcion/transcripcion por parte del facultativo, dispensación, recibimiento, clasificación, preparación, etiquetado y administración.

En las ultimas etapas , la enfermera es la máxima responsable y por lo tanto puede detectar fallos y evitar la aparición de eventos adversos de medicamentos, si bien es cierto que el entorno de trabajo de la enfermería actual, fomenta que éstas cometan errores y no la seguridad.

Las cargas laborales excesivas y la imposibilidad de hacer frente a las fluctuaciones en el censo de pacientes y la gravedad de la enfermedad, las variaciones en la disponibilidad de enfermeras con experiencia para supervisar a las enfermeras con poca experiencia y la estructuración del entrono del paciente/usuario son conducidos a entornos de trabajo inseguros.

Un estudio refleja la falta de comunicación y la poca colaboración entre personal medico y enfermero, lo que a su vez repercute negativamente en la atención al paciente y en consecuencia un aumento en la aparición de errores por parte de las enfermeras a la hora de administras los fármacos.

La mayoría de los estudios que investigaron errores., involucraban directamente a las enfermeras o estudiantes de enfermería.

Otros de los grandes factores en la aparición de los errores en la administración de fármacos es la no notificación de los mismos, fundamental para detectar problemas de seguridad del paciente. En la actualidad solo se notifican el 5% de los MAE.

En la actualidad los sistemas de notificación no buscan culpables, si no el por qué se ha producido un error y como se puede solucionar.

Actualmente algunos hospitales han creado un grupo para la segunda victima, en este caso, las enfermeras, ya que son las responsables de la administración del fármaco. La enfermera puede sufrir un trauma psicológico insoportable, especialmente si la MAE provoca lesiones graves o muerte del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Björksten KS, Bergqvist M, Andersén-Karlsson E, Benson L, Ulfvarson J. Medication errors as malpractice-a qualitative content analysis of 585 medication errors by nurses in Sweden. BMC Health Serv Res [Internet]. 2016 [cited 2018 Dec 12];16(1):431. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27558614
2. Keers RN, Williams SD, Cooke J, Ashcroft DM. Causes of medication administration errors in hospitals: a systematic review of quantitative and qualitative evidence. Drug Saf [Internet]. 2013 Nov [cited 2018 Dec 12];36(11):1045–67. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23975331
3. Sabater Hernández D, Silva Castro MM, Font Pérez G, Mañes Vinuesa J, Dualde Vañeta E. Módulo VII. Reacciones adversas a medicamentos y seguridad de los medicamentos. 9ª ed. Valencia: Alfa Delta Digital;2017.
4. Gladstone J. Drug administration errors: a study into the factors underlying the occurrence and reporting of drug errors in a district general hospital. Adv Nurs. 1997;22(4):1028–637. doi: 10.1046/j.1365-2648.1997.1028.x
5. Alemu W, Belachew T, Yimam I. International Journal of Africa Nursing Sciences Medication administration errors and contributing factors : A cross sectional study in two public hospitals in Southern Ethiopia. Int J Africa Nurs Sci [Internet]. 2017;7(September):68–74. Available from: https://doi.org/10.1016/j.ijans.2017.09.001
6. Treiber LA, Jones JH. Devastatingly human: an analysis of registered nurses' medication error accounts. Qual Health Res. 2010;20(10):1327–1342. doi: 10.1177/1049732310372228.
7. Jylhä V, Saranto K, Bates DW. Preventable adverse drug events and their causes and contributing factors: the analysis of register data. Int J Qual Heal Care [Internet]. 2011;23(1):87–97. Available from: https://academic.oup.com/intqhc/article-lookup/doi/10.1093/intqhc/mzq085
8. Hedlund N, Beer I, Hoppe-Tichy T, Trbovich P. Systematic evidence review of rates and burden of harm of intravenous admixture drug preparation errors in healthcare settings. BMJ Open [Internet]. 2017 [cited 2018 Dec 12];7(12):e018391. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29288374
9. Henneman EA. Recognizing the Ordinary as Extraordinary: Insight Into the Quiet Way We Work to Improve Patient Safety Outcomes. Am J Crit Care [Internet]. 2014 [cited 2018 Dec 12];23(4):272–7. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24968681
10. Weaver SJ, Rosen MA, Goodwin A, Parry D. Errors in the administration of intravenous medications in hospital and the role of correct procedures and nurse experience. BMJ Qual Saf [Internet]. 2011 Dec [cited 2018 Dec 12];20(12):1027–34. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21690218

Resumen: *A través de esta revisión bibliográfica se ha querido hacer hincapié en los numerosos factores que pueden influir en la preparación y manipulación de medicamentos por parte de enfermería. Se han extraído de numerosas fuentes dichos factores, llegando a la conclusión que en muchos casos estos errores no son sólo culpa de la enfermera/o responsable, si no que hay un proceso desde que se prescribe el tratamiento hasta que es recibido por el paciente, en el que se pueden cometer numerosos errores con las consecuencias que eso puede acarrear para el paciente.*

Palabras Clave: *Errores de medicación; enfermería; factores.*

Introducción

En los últimos años los errores de medicación (EM) han ido aumentando hasta convertirse probablemente, en los incidentes más comunes de la seguridad del paciente . La realidad de que el tratamiento farmacológico puede afectar negativamente al paciente es algo que la comunidad de la salud ha tenido que ir aceptando en los últimos años.

Los errores de medicación son definidos como cualquier evento evitable que pueda causar o inducir el uso inapropiado de medicamentos o dañar al paciente, en cualquiera de las terapias farmacológicas. Son probablemente el incidente más común que afecta a la seguridad del paciente, causando daños al mismo, molestias entre los equipos médicos y elevados costes para el sistema sanitario.

Hay que diferenciar dos conceptos:

- Resultado negativo asociado a la medicación (RNM): problema de salud, un estado de salud no deseado en el paciente, atribuible al uso (o falta de uso) de los medicamentos.
- Problema relacionado con los medicamentos (PRM): situación inadecuadas o errores en el proceso de uso de los medicamentos.

Objetivo

Identificar los tipos de errores y los factores de riesgo que ocurren durante el proceso de administración de medicamentos

Método

Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos.

Palabras clave: Errores de medicación, enfermera, factores.

Se buscan descriptores apropiados, para ello se utilizan los Descriptores en Ciencia de la Salud (DeCs). La combinación de los descriptores y booleanos utilizada en esta búsqueda fue la siguiente: Medication errors AND Nursing AND Factors además de unos criterios de inclusión y de exclusión.

En PubMed (base de datos de revisión e investigación), se utiliza la mencionada combinación de descriptores y operadores booleanos obteniéndose un total de 703 artículos. Para reducir el número de artículos, se aplican filtros de estudios publicados en los últimos 10 años, texto completo y es-

ISBN: 978-84-949197-6-3

tudios realizados con humanos, dando como resultado un total del 96 artículos. Tras la lectura del título del artículo y su resumen, se seleccionan 11 artículos finalmente.

En la base de datos Embase, se realiza el mismo tipo de búsqueda usando los mismos descriptores y operadores booleanos, obteniendo, en un primer lugar, un total de 453 artículos. Se vuelven a aplicar los mismos filtros que en la base de datos anterior, obteniendo un total de 117 artículos para llegar, finalmente a 4 artículos tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión.

Discusión y resultados

La seguridad del paciente y, medicamentos, debe representar partes clave en el proceso que puedan garantizar la calidad en los entornos hospitalarios.

Los eventos adversos (ADE) son definidos como cualquier suceso médico no deseado que pueda presentar un paciente durante el tratamiento con un medicamento, pero que no tiene necesariamente una relación causal con dicho tratamiento.

En cuanto a la administración de fármacos, existe un ciclo que va desde la prescripción/transcripción por parte del facultativo, dispensación, recibimiento, clasificación, preparación, etiquetado y administración. En las ultimas etapas , la enfermera es la máxima responsable y por lo tanto puede detectar fallos y evitar la aparición de eventos adversos de medicamentos, si bien es cierto que el entorno de trabajo de la enfermería actual, fomenta que éstas cometan errores y no la seguridad.

Las cargas laborales excesivas y la imposibilidad de hacer frente a las fluctuaciones en el censo de pacientes y la gravedad de la enfermedad, las variaciones en la disponibilidad de enfermeras con experiencia para supervisar a las enfermeras con poca experiencia y la estructuración del entrono del paciente/usuario son conducidos a entornos de trabajo inseguros.

Un estudio refleja la falta de comunicación y la poca colaboración entre personal medico y enfermero, lo que a su vez repercute negativamente en la atención al paciente y en consecuencia un aumento en la aparición de errores por parte de las enfermeras a la hora de administrar los fármacos.

La mayoría de los estudios que investigaron errores., involucraban directamente a las enfermeras o estudiantes de enfermería.

Otros de los grandes factores en la aparición de los errores en la administración de fármacos es la no notificación de los mismos, fundamental para detectar problemas de seguridad del paciente. En la actualidad solo se notifican el 5% de los errores de administración de los medicamentos (MAE).

En la actualidad los sistemas de notificación no buscan culpables, si no el por qué se ha producido un error y como se puede solucionar.

Actualmente algunos hospitales han creado un grupo para la segunda víctima, en este caso, las enfermeras, ya que son las responsables de la administración del fármaco. La enfermera puede sufrir un trauma psicológico insoportable, especialmente si la MAE provoca lesiones graves o muerte del paciente.

Limitaciones

La gran mayoría de los estudios, han detectado MAE cuando estos habían alcanzado al paciente con una gravedad considerable. Estos datos son debido a que la enfermería no notifica los eventos adversos por miedo a las consecuencias legales o laborales, por ello actualmente existes plataformas para notificar sin carácter punitivo.

Se debería trabajar para promover las notificaciones de los errores y así poder conocer donde y por qué aparecen.

Conclusiones

Los MAE tienen múltiples causas que incluyen actos inseguros y condiciones que pueden provocar daños al paciente. Los factores que se han evidenciado que más MAE han provocado, son las cargas excesivas de trabajo, las interrupciones y distracciones durante el proceso de preparación y administración, la falta de comunicación con el personal médico , la falta de documentación para consultar dudas y la falta de higien de de manos

Bibliografía

1. Björkstén KS, Bergqvist M, Andersén-Karlsson E, Benson L, Ulfvarson J. Medication errors as malpractice-a qualitative content analysis of 585 medication errors by nurses in Sweden. BMC Health Serv Res [Internet]. 2016 [cited 2018 Dec 12];16(1):431. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27558024.

2. Keers RN, Williams SD, Cooke J, Ashcroft DM. Causes of medication administration errors in hospitals: a systematic review of quantitative and qualitative evidence. Drug Saf [Internet]. 2013 Nov [cited 2018 Dec 12];36(11):1045–67. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23975331.

3. Sabater Hernández D, Silva Castro MM, Font Pérez G, Mañes Vinuesa J, Dualde Viñeta E. Módulo VII: Reacciones adversas a medicamentos y seguridad de los medicamentos. 9ª ed. Valencia: Alfa Delta Digital; 2017.

4. Gladstone J. Drug administration errors: a study into the factors underlying the occurrence and reporting of drug errors in a district general hospital. J Adv Nurs. 1995;22(4):628–637. doi: 10.1046/j.1365-2648.1995.22040628.x.

5. Alemu W, Belachew T, Yimam I. International Journal of Africa Nursing Sciences Medication administration errors and contributing factors : A cross sectional study in two public hospitals in Southern Ethiopia. Int J Africa Nurs Sci [Internet]. 2017;7(September):68–74. Available from: https://doi.org/10.1016/j.ijans.2017.09.001.

Capítulo 213

Revisión blibiográfica sobre los principales factores que influyen en la aparición del infarto agudo de miocardio

Plaza Campos, Beatriz

Velázquez Peña, Manuel Jesús

Montes Mansilla, Marta

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LOS PRINCIPALES FACTORES QUE INFLUYEN EN LA APARICIÓN DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

INTRODUCCIÓN

El IAM se puede definir como, privación de aporte sanguíneo al corazón (isquemia), generalmente por oclusión de la arteria, durante el tiempo suficiente para producir alteraciones estructurales y necrosis del músculo cardiaco.

OBJETIVOS

General

Específicos

Evaluar los principales factores de riesgo que causan el infarto agudo de miocardio de forma prematura.

Analizar como finalizar con los factores de riesgo que causan el infarto agudo de miocardio.

Evaluar los estilos de vida que promueven la aparición del IAM.



METODOLOGÍA

Para realizar esta revisión bibliográfica se han empleado diferentes bases de datos científicas.
Se han obtenido una gran variedad de artículos, que deberían cumplir una serie de criterios, estos eran: artículos con menos de 5 años de antigüedad, los textos deberían estar completos, se utilizaron lo artículos en los idiomas inglés y español y los artículos seleccionados deberían ser realizados a humanos, cualquier artículo que no cumpliera algún criterio de los anteriores fue descartado.

RESULTADOS

En el primer estudio, se concluyó que en grupos de edad de 44 años formado por un porcentaje mayor de mujeres que de hombres, un grupo de mujeres padecían obesidad pero el porcentaje era mayor en los hombres que padecían sobrepeso. El 20% de las mujeres y el 10,5% de los hombres fumaban. En este grupo de edad Se declaró que no realizaban actividad física de forma regular un 32 % de mujeres y el 23'7% de los hombres. Se estudia el consumo de aceite de oliva, frutas y hortalizas y el llevar una dieta equilibra, aquí se obtuvieron los siguientes resultados, tanto los hombres como las mujeres de 44 años de edad consumen aceite de oliva diariamente, pero las mujeres consumen más verduras y hortalizas, sin embargo los hombres adquieren un porcentaje mayor a la hora de consumir frutos secos todas las semanas.

En otro estudio, se incluyó un total de 12.096 hospitalizaciones, de las cuales se demostró que 8.606 fueron varones y sufrieron un IAM prematuro, en cambio las mujeres sufrieron un porcentaje menor de IAM prematuro y muestran menor prevalencia de obesidad, dislipemia y consumo de tabaco. En cuanto al IAM no prematuro se observaron grandes diferencias entre los diferentes factores de riesgo, en las mujeres hubo una mayor prevalencia de hipertensión, obesidad y diabetes mellitus, en cambio el consumo de tabaco es mucho mayor en los hombres y sobre todo este factor de riesgo se da más habitualmente en los hombres con IAM prematuro. Se observó como el consumo de sustancias toxicas era mucho más frecuente en personas con IAM prematuro 76'78% en tabaquismo, 12'41% en consumo regular de alcohol y 7'59% en consumo de otras drogas.

En el siguiente artículo se hace un estudio de los diferentes factores de riesgo que causan el IAM en España, en este artículo se observa como en España el hábito tabáquico es mayor en hombres que en mujeres con un porcentaje de hombres del 36%, mientras que el de mujeres se encuentra en un 31%. En cuanto a la alimento podríamos decir en las últimas décadas se han aumentado las ingestas calóricas dejando a un lado la alimentación equilibrada, de esta manera hay más muertes provocadas por el IAM, la obesidad se ha duplicado en las últimas décadas tanto en personas adultas como en niños, pero un dato importante a destacar es que hay un mayor porcentaje de mujeres obesas en España 15,75%, frente a un 13,39% de hombres obesos en España. En cuanto al ejercicio físico podemos destacar que los hombres realizan más ejercicio físico de forma regular 42,9%, mientras que las mujeres son más sedentarias obteniendo un porcentaje de 35,4%. El factor de riesgo de la hipertensión se incrementa con la edad, esto es debido al envejecimiento de la población. La diabetes al igual que otras enfermedades como la dislipemia, la HTA, etc., se pueden evitar o que su aparición sea más tardía con una buena alimentación, ejercicio físico, etc. Esto son los que nos comentan los diferentes autores de este artículo.

En el siguiente artículo, incluyeron 130.945 personas, se demostró los factores de riesgo más habituales en la población España, y estos son HTA en mayores de 65 años, exceso de peso en mujeres adultas y el tabaquismo en hombres. En el conjunto de la población española el 23 % presentan unos valores de colesterol total que se encuentran por encima de 250mg/dl, fuman el 33% (de los cuales el 41% son hombres y el 24% son mujeres), 34% padecen HTA, un 20% de la población es obesa (el 18% son hombres y el 23 % son mujeres), y en cuanto a la diabetes nos encontramos que afecta a un 8% de las mujeres y a un 12 % de los hombres.

CONCLUSIONES

Existe una mayor prevalencia en hombres que consumen tabaco, y existe una mayor mortalidad en ellos por este factor de riesgo.

En cuanto a la obesidad, diferentes autores coinciden que hay un mayor índice de mujeres obesas que de hombres, esto es debido a que lo hombres realizan más actividad física durante la semana que las mujeres, pero también en varios estudios coinciden que las mujeres comen de una forma más equilibrada que los hombres, pero ellos toman mayor cantidad de frutos secos a la semana.

Para prevenir el IAM, es necesario mantener una serie de hábitos bueno y evitar los principales factores de riesgo que causan este, es importante realizar ejercicio físico de 3 a 5 veces a la semana, no consumir sustancias tóxicas, mantener una dieta equilibrada para prevenir el sobrepeso o la obesidad, etc. Es importante que los hábitos sanos se implanten desde la infancia.

Resumen: *Introducción: El IAM es una enfermedad muy frecuente y presenta una elevada mortalidad,por los elevados factores de riesgo existentes. Metodología: Revisión bibliográfica, ECA, revisiones sistemáticas, a través de Pubmed,Cochrane Library y Google académico. Resultados: Se da un mayor riesgo de sufrir un IAM en hombres que en mujeres,puesto que estos se encuentran más expuestos a los factores de riesgo (FR) que ellas,20 % de las mujeres son obesas frente al 10›5% de los hombres que fuman.La actividad física se realizaba en mayor porcentaje por hombres un 32% frente a un 23% las mujeres, ellas realizaban una dieta equilibrada mejor que los hombres. Conclusiones: Levar hábitos de vida saludables.*

Palabras Clave: *Infarto del miocardio; factores de riesgo; enfermedades cardiovasculares.*

Introducción

El Infarto Agudo de Miocardio (IAM),"privación de aporte sanguíneo al corazón (isquemia), generalmente por oclusión de la arteria, durante el tiempo suficiente para producir alteraciones estructurales y necrosis del músculo cardíaco».

Objetivos

- Analizar como finalizar con los factores de riesgo que causan el infarto agudo de miocardio.
- Evaluar un estilo de vida saludable.
- Evaluar los principales factores de riesgo que causan el infarto agudo de miocardio de forma prematura.

Material y métodos

Para realizar esta revisión bibliográfica se han empleado diferentes bases de datos científicas.

Se han obtenido una gran variedad de artículos, que deberían cumplir una serie de criterios,estos eran: artículos con menos de 5 años de antigüedad, los textos deberían estar completos,artículos en los idiomas inglés y español y artículos realizados a humanos.

Resultados

En el primer estudio, se concluyó que en grupos de edad de 44 años formado por un porcentaje mayor de mujeres que de hombres, un grupo de mujeres padecían obesidad pero el porcentaje era mayor en los hombres que padecían sobrepeso. El 20% de las mujeres y el 10,5% de los hombres fumaban. En este grupo de edad se declaró que no realizaban actividad física de forma regular un 32 % de mujeres y el 23'7% de los hombres. Se estudia el consumo de aceite de oliva, frutas y hortalizas y el llevar una dieta equilibra, aquí se obtuvieron los siguientes resultados, tanto los hombres como las mujeres de 44 años de edad consumen aceite de oliva diariamente, pero las mujeres consumen más verduras y hortalizas, sin embargo los hombres adquieren un porcentaje mayor a la hora de consumir frutos secos todas las semanas.

En otro estudio, se incluyó un total de 12.096 hospitalizaciones, de las cuales se demostró que 8.606 fueron varones y sufrieron un IAM prematuro, en cambio las mujeres sufrieron un porcentaje menor de IAM prematuro y muestran menor prevalencia de obesidad, dislipemia y consumo de tabaco. En cuanto al IAM no prematuro se observaron grandes diferencias entre los diferentes

ISBN: 978-84-949197-6-3

factores de riesgo, en las mujeres hubo una mayor prevalencia de hipertensión (HTA), obesidad y diabetes mellitus, en cambio el consumo de tabaco es mucho mayor en los hombres y sobre todo este factor de riesgo se da más habitualmente en los hombres con IAM prematuro. Se observó como el consumo de sustancias toxicas era mucho más frecuente en personas con IAM prematuro 76'78% en tabaquismo, 12'41% en consumo regular de alcohol.

En el siguiente artículo se hace un estudio de los diferentes factores de riesgo que causan el IAM en España, en este artículo se observa como en España el hábito tabáquico es mayor en hombres que en mujeres con un porcentaje de hombres del 36%, mientras que el de mujeres se encuentra en un 31%. En cuanto a la alimento podríamos decir en las últimas décadas se han aumentado las ingestas calóricas dejando a un lado la alimentación equilibrada, de esta manera hay más muertes provocadas por el IAM, la obesidad se ha duplicado en las últimas décadas tanto en personas adultas como en niños, pero un dato importante a destacar es que hay un mayor porcentaje de mujeres obesas en España 15,75%, frente a un 13,39% de hombres obesos en España. En cuanto al ejercicio físico podemos destacar que los hombres realizan más ejercicio físico de forma regular 42,9%, mientras que las mujeres son más sedentarias obteniendo un porcentaje de 35,4%. El factor de riesgo de la HTA se incrementa con la edad, esto es debido al envejecimiento de la población. La diabetes al igual que otras enfermedades como la dislipemia, la HTA, etc., se pueden evitar o que su aparición sea más tardía con una buena alimentación, ejercicio físico, etc. Esto son los que nos comentan los diferentes autores de este artículo.

En el siguiente artículo, incluyeron 130.945 personas, se demostró los factores de riesgo más habituales en la población España, y estos son HTA en mayores de 65 años, exceso de peso en mujeres adultas y el tabaquismo en hombres. En el conjunto de la población española el 23 % presentan unos valores de colesterol total que se encuentran por encima de 250 mg/dl, fuman el 33% (de los cuales el 41% son hombres y el 24% son mujeres), 34% padecen HTA, un 20% de la población es obesa (el 18% son hombres y el 23 % son mujeres), y en cuanto a la diabetes nos encontramos que afecta a un 8% de las mujeres y a un 12 % de los hombres.

Conclusiones

- Existe una mayor prevalencia en hombres que consumen tabaco, y existe una mayor mortalidad en ellos.
- En cuanto a la obesidad, diferentes autores coinciden que hay un mayor índice de mujeres obesas que de hombres, esto es debido a que lo hombres realizan más actividad física durante la semana que las mujeres, pero también en varios estudios coinciden que las mujeres comen de una forma más equilibrada que los hombres, pero ellos toman mayor cantidad de frutos secos a la semana.
- Para prevenir el IAM, es necesario mantener una serie de hábitos bueno y evitar los principales factores de riesgo que causan este, es importante realizar ejercicio físico de 3 a 5 veces a la semana, no consumir sustancias tóxicas, mantener una dieta equilibrada para prevenir el sobrepeso o la obesidad, etc. Es importante que los hábitos sanos se implanten desde la infancia.

Bibliografía

1. Fernández A. Que es el infarto agudo de miocardio. Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. 2014: 1-10.
2. Hemkens LG, Ewald H, Gloy VL, Arpagaus A, Olu KK, Nidorf M, Glinz, et al. Colchicine for prevention of cardiovascular events (Review). Cochrane. 2016; 1 - 190.
3. Jakob T, Nordmann AJ, Schandelmaier S, Ferreira-González I, Briel M. Fibrates for primary prevention of cardiovascular disease events (Review). Cochrane. 2016; 1 - 69.

Capítulo 214

Revisión del conocimiento del personal enfermero en la detección precoz de cáncer de mama en mujeres

Cruz Durán, Amparo

Chaparro Galán, Miriam

Cabezas Buitrago, Francisco Javier

De la Calle Serrano, Itziar

REVISIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL PERSONAL ENFERMERO EN LA DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA EN MUJERES

XI CONGRESO DE INVESTIGACIÓN SATSE CIUDAD REAL

1. Introducción:

La incidencia del cáncer de mama (CM) en mujeres jóvenes es menor que en aquellas post-menopáusicas. Sin embargo, éste es más agresivo y con peor pronóstico, constituyendo en nuestro medio una de las principales causas de muerte en mujeres menores de 50 años.

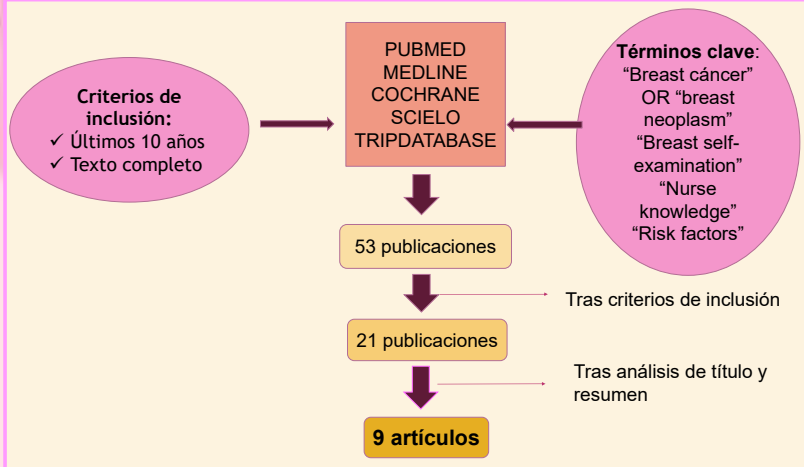
Una manera fácil y rápida de la posible detección temprana de esta enfermedad es la autoexploración mamaria (AEM) complementando otras pruebas diagnósticas. También, el conocimiento de los factores de riesgo no modificables por parte del sanitario puede favorecer este diagnóstico precoz.

Este trabajo se realiza para revisar la formación de Enfermería de Atención Primaria en CM y así, valorar la importancia de una buena educación para la salud a la hora de prevenir enfermedades, en nuestro caso el CM. **¿Estamos formados para ello?**

2. Objetivo:

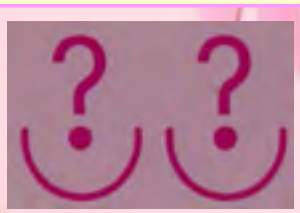
Analizar la bibliografía disponible sobre el conocimiento de enfermería en Atención Primaria para identificar a mujeres con riesgo de padecer CM, su formación en la AEM y la educación que poseen las mujeres al respecto.

3. Metodología:



4. Resultados:

- No se encontró ningún estudio que haya evidenciado un conocimiento general por parte de Enfermería en Atención Primaria sobre los factores de riesgo no modificables que aumentan la probabilidad de padecer CM, pero sí en médicos, revelando desconocimiento acerca de este papel hereditario. (Tabla 1)
- El conocimiento del personal de enfermería en At. Primaria es adecuado para educar a las mujeres sobre la importancia de la AEM, la forma de realizarla y el momento.
- La mayoría de las mujeres poseen un conocimiento básico pero no suficiente acerca de la importancia y la correcta realización de la AEM, siendo ya sintomáticas al diagnóstico.



FAMILIARES	• Familiar de primer grado que haya padecido CM (antes de los 40). • Familiar de primer grado con CM y ovario. • Varios familiares cercanos que hayan padecido CM u ovario. • Ascendencia judía.
PERSONALES	• Haber padecido cáncer de ovario. • Edad temprana de menarquía • Edad avanzada en la menopausia

Tabla 1: Factores de riesgo no modificables predisponentes de padecer CM.

5. Conclusiones:

Cabe destacar la falta de artículos de investigación realizados en Europa y, más concretamente, en España acerca de la formación que posee la enfermería en la detección temprana de CM en mujeres.

Aunque hay diferentes factores de riesgo que nos pueden indicar la posibilidad de padecer CM, la gran mayoría de estos tumores aparecen de manera esporádica. Por ello es de gran importancia reforzar el **papel educativo de la enfermería** en la técnica de la AEM, sobretodo en mujeres jóvenes, ya que no entran en el cribado de exámenes periódicos de detección precoz hasta los 50 años y, además, a pesar de la mucha información ventajosa que se lanza hoy en día a través de numerosos medios, el conocimiento de esta población sigue siendo insuficiente.

Aun así, debido al incesante crecimiento en la población de mujeres que padecen CM, también es necesario considerar **promover la realización de cursos y programas de detección de cáncer hereditario en enfermeros y la formación de consultas de Enfermería especializadas** en valorar y estudiar a las pacientes con factores de riesgo establecidos para que, junto al equipo multidisciplinar, sea posible considerar llevar a cabo una serie de intervenciones como el asesoramiento genético y de este modo, conseguir una detección precoz, logrando una mayor supervivencia.



6. Bibliografía:

1. Olusegun Emmanuel Gabriel, Oluwaserimi Adewumi Ajetunmobi, Olabode Muftau Shabi, Olaide Toyin Elegbede, Raymond Akujuobi Okere, Olusegun Adesola Busari and Ayokunle Samuel Dada. Awareness and Practice of Self Breast Examination among Female Nurses at the Federal Teaching Hospital Ido-Ekiti, Nigeria. J Public Health Africa. 2016 Aug 17; 7(1): 528. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5349254/
2. Sielska J, Matecka M, Dąbrowska E, Jakubek E, Urbaniak M. What do women know about breast cancer prophylaxis and a healthy style of life? Rep Pract Oncol Radiother. 2015 Sep-Oct;20(5):321-7. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4597090/
3. Deniz S, Coskun F, Oztas D, Kurt AO. Knowledge, attitudes and behaviors of breast and cervical cancers and screenings of women working in primary health care services. J BUON. 2018 Dec;23(7):44-52. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30722111
4. Akram M, Iqbal M, Daniyal M, Khan AU. Awareness and current knowledge of breast cancer. Biol Res. 2017 Oct 2;50(1):33. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5625777/
5. Fotedar V, Seam RK, Gupta MK, Gupta M, Vats S, Verma S. Knowledge of risk factors and early detection methods and practices towards breast cancer among nurses in Indira Gandhi Medical College, Shimla, Himachal Pradesh, India. Asian Pac J Cancer Prev. 2013;14(1):117-20. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23534708
6. Sánchez Pérez MR, Sánchez Pérez MJ, Lorente Acosta JA, Bayo Lozano E, Mancera Romero J. Knowledge and attitude among general practitioners in Andalusia (Spain) on the identification of subjects at high risk of breast and colorectal cancer. Semergen. 2019 Jan - Feb;45(1):6-14. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359318303241?via%3Dihub
7. M.A. Cancela-Ramos, J.M. Contreras-Hernández, M. Phinder-Puente, A. Acevedo-Marrero, E.A. Sánchez-Valdivieso. Nivel de conocimiento sobre autoexploración mamaria en mujeres de 20 a 59 años de edad. Revista de Medicina e Investigaión. 2016 Enero-Junio. Vol. 4. Núm. 1. Pag 1-60. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medicina-e-investigacion-353-articulo-nivel-conocimiento-sobre-autoexploracion-mamaria-S221431061600008X
8. Sonia Margarit, MS, CGC. Cáncer hereditario de mama. Revista Chilena de Radiología. Vol. 14 N°3, año 2008; 135-141. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082008000300006&lang=es
9. Mª Antonia Lopez García; Mª Dolores Hernández Sánchez; Lourdes Chantar Ruiz, Carmen Muñoz García. Consulta de enfermería para valoración del riesgo familiar de cáncer de mama: una realidad en el Complejo Hospitalario de Jaén. Inquietudes nª 49. 2015 enero-diciembre; 2-15. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/chjaen/files/pdf/1455644121.pdf

Resumen: *Introducción: El cáncer de mama es una de las principales causas de muerte en mujeres jóvenes. Objetivo: Revisar la formación de Enfermería en Atención Primaria en la autoexploración mamaria y su conocimiento de factores de riesgo. Metodología: Se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos científicos sobre estudios realizados en este tema. Resultados: No se encontraron estudios que evidenciaran su conocimiento sobre los factores de riesgo no modificables pero sí adecuadamente en autoexploración mamaria. Conclusión: Es importante reforzar el papel educativo de la enfermería en esta técnica, ya que la mayoría de estos tumores aparecen esporádicamente en mujeres jóvenes.*

Palabras Clave: *Breast neoplasm; health knowledge, attitudes and practices; risk factors.*

Introducción

El cáncer de mama (CM) es el cáncer más común en el sexo femenino (1)(3). Y, aunque su incidencia en mujeres jóvenes es menor que en aquellas post-menopáusicas, éste suele ser más agresivo y con peor pronóstico, constituyendo en nuestro medio una de las principales causas de muerte en mujeres menores de 50 años.(4)

Una manera fácil y rápida de la posible detección temprana de esta enfermedad es la autoexploración mamaria (AEM) complementando otras pruebas diagnósticas (1). También, el conocimiento de los factores de riesgo modificables y no modificables por parte del sanitario puede favorecer este diagnóstico precoz. (3)

Este trabajo se realiza para revisar la formación de Enfermería de Atención Primaria en CM y así, valorar la importancia de una buena educación para la salud a la hora de prevenir enfermedades, en nuestro caso el CM. ¿Estamos formados para ello?

Objetivo

Analizar la bibliografía disponible sobre el conocimiento de enfermería en Atención Primaria para identificar a mujeres con riesgo de padecer CM, su formación en la AEM y la educación que poseen las mujeres al respecto.

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Cochrane, Tripdatabase, SciELO, Google Académico. Los términos de búsqueda aplicados fueron: “breast cancer” OR “breast neoplasm” AND “breast self examination” AND “nurse knowledge” AND “risk factor”. Se estableció el filtro de publicación para los últimos 10 años y texto completo.

Resultados

No se encontró ningún estudio que haya evidenciado un conocimiento general por parte de Enfermería en Atención Primaria sobre los factores de riesgo no modificables que aumentan la probabilidad de padecer CM, pero sí se encontró en médicos, revelando cierto desconocimiento acerca de este papel hereditario aunque sí adecuado en la técnica de la AEM.(4)

Los factores de riesgo no modificables predisponentes de padecer CM según los estudios revisados son: (5)

- Familiares:
    - » Familiar de primer grado que haya padecido CM (antes de los 40).

ISBN: 978-84-949197-6-3

  - » Familiar de primer grado con CM y ovario.
  - » Varios familiares cercanos que hayan padecido CM u ovario.
  - » Ascendencia judía.
- Personales:
  - » Haber padecido cáncer de ovario.
  - » Edad temprana de menarquía.
  - » Edad avanzada en la menopausia.

Se comprueba en esta revisión que el conocimiento del personal de enfermería en Atención Primaria es adecuado para educar a las mujeres sobre la importancia de la AEM, la técnica y el periodo del mes en la que debe realizarse. (1)(3)

Se demuestra que, según los estudios realizados en los artículos seleccionados, la mayoría de las mujeres poseen un conocimiento correcto pero no suficiente acerca de la importancia y la correcta realización de la AEM, siendo ya sintomáticas a la hora del diagnóstico. (2)

Conclusiones

Cabe destacar la falta de artículos de investigación realizados en Europa y, más concretamente, en España acerca de la formación que posee la enfermería en la detección temprana de CM en mujeres.

Aunque hay diferentes factores de riesgo que nos pueden indicar la posibilidad de padecer CM, la gran mayoría de estos tumores aparecen de manera esporádica. Por ello es de gran importancia reforzar el papel educativo de la enfermería de Atención Primaria en la técnica de la AEM así como mencionar seriamente las posibles graves consecuencias de no realizarse las pruebas de detección, sobretodo en mujeres jóvenes, ya que no entran en el cribado de exámenes periódicos (mamografías) hasta los 50 años y, a pesar de la mucha información ventajosa que se lanza hoy en día a través de numerosos medios, el conocimiento de este grupo de población sigue siendo insuficiente.

Aún así, debido al incesante crecimiento en la población de mujeres que padecen CM, también es necesario considerar promover la realización de cursos y programas de detección de cáncer hereditario en enfermeros y la formación de consultas de Enfermería en Atención Primaria especializadas en valorar y estudiar a las pacientes con factores de riesgo establecidos para que, junto al equipo multidisciplinar, sea posible considerar llevar a cabo una serie de intervenciones como el asesoramiento genético y de este modo, conseguir una detección precoz, logrando así una mayor supervivencia.

Bibliografía

1. Gabriel OE, Ajetunmobi OA, Shabi OM, Elegbede OT, Okere RA, Busari OA, Dada AS. Awareness and Practice of Self Breast Examination among Female Nurses at the Federal Teaching Hospital Ido-Ekiti, Nigeria. J Public Health Afr. 2016 Aug 17;7(1):528.
2. Sielska J, Matecka M, Dąbrowska E, Jakubek E, Urbaniak M. What do women know about breast cancer prophylaxis and a healthy style of life? Rep Pract Oncol Radiother. 2015 Sep-Oct;20(5):321-7.
3. Fotedar V, Seam RK, Gupta MK, Gupta M, Vats S, Verma S. Knowledge of risk factors and early detection methods and practices towards breast cancer among nurses in Indira Gandhi Medical College, Shimla, Himachal Pradesh, India. Asian Pac J Cancer Prev. 2013;14(1):117-20.
4. Deniz S, Coskun F, Oztas D, Kurt AO. Knowledge, attitudes and behaviors of breast and cervical cancers and screenings of women working in primary health care services. J BUON. 2018 Dec;23(7):44-52.
5. Sonia Margarit, MS, CGC. Cáncer hereditario de mama. Revista Chilena de Radiología. Vol. 14 N°3, año 2008; 135-14.

Capítulo 215

Revisión sistemática sobre la eficacia de diversas técnicas sobre la prevención y tratamiento de patologías del suelo pélvico

Camacho Rodríguez, Irene

Rodríguez Lillo, María del Carmen

Revisión sistemática sobre la eficacia de diversas técnicas sobre la prevención y tratamiento de patologías del suelo pélvico.

INTRODUCCIÓN

El embarazo y el parto son las dos principales causas de riesgo de las estructuras del Suelo Pélvico (SP). Los trastornos del suelo pélvico son alteraciones de origen anatómico y funcional que afectan especialmente a la mujer. Las más frecuentes son la Incontinencia Urinaria (IU), la Incontinencia Fecal (IF) y los Prolapsos de los Órganos Pélvicos (POP).
El fortalecimiento de la musculatura del suelo pélvico mediante terapias podría ayudar a disminuir esta incidencia.

OBJETIVO

Determinar la eficacia de diferentes métodos de reeducación del suelo pélvico para la prevención y tratamiento de diversas patologías.

MATERIAL Y MÉTODO

La búsqueda bibliográfica de artículos fue realizada entre Diciembre de 2016 y Enero de 2017 en bases de datos nacionales e internacionales tales como PuMeb, Biblioteca Cochrane Plus, SciELO, Google Académico. A parte del material impreso, como libros y guías. Los estudios seleccionados fueron estudios aleatorios controlados y revisiones sistemáticas.

RESULTADOS

TERAPIAS EMPLEADAS DURANTE EL EMBARAZO Y EN EL PERIODO POSTPARTO

ÚTILES EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS PATOLOGÍAS DEL SUELO PÉLVICO

- ✓ **Programa de Entrenamiento de Ejercicios Musculares del Suelo Pélvico (EMSP).**
- ✓ **Gimnasia Abdominal Hipopresiva (GAH).**

TERAPIAS MÁS EFICACES COMBINADAS CON EMSP

- ✓ **Electroestimulación y Biofeedback (BFB).**

CONCLUSIONES

Entre las diversas terapias evaluadas en esta revisión sistemática, el EMSP y la GAH, han demostrado ser útiles en la prevención y tratamiento de las patologías del suelo pélvico. Por otro lado, la Electroestimulación o BFB son más eficaces combinadas con EMSP. La enfermera tiene un papel importante en la reeducación del suelo pélvico.

Resumen: *Introducción: El embarazo y el parto son las dos principales causas de riesgo de las estructuras del suelo pélvico (SP). Los trastornos del suelo pélvico son alteraciones de origen anatómico y funcional que afectan especialmente a la mujer. Las más frecuentes son la incontinencia urinaria (IU), la incontinencia fecal (IF) y los prolapsos de los órganos pélvicos (POP). El fortalecimiento de la musculatura del suelo pélvico mediante terapias ayudan a disminuir esta incidencia.*

Palabras Clave: *Suelo pélvico; disfunciones pélvicas; incontinencia urinaria.*

Introducción

El Suelo Pélvico (SP) es un conjunto de músculos y ligamentos que cierran la cavidad abdominal en su parte inferior. Su función es sostener los órganos pélvicos (vejiga y uretra, útero y vagina; y recto) en la posición adecuada porque de ello depende su normal funcionamiento.

El debilitamiento del suelo pélvico implica la aparición de las Disfunciones del Suelo Pélvico (DSP), que son una serie de alteraciones de origen anatómico y funcional que afectan especialmente a la mujer. De acuerdo a su incidencia las más frecuentes son: 28.7% la Incontinencia Urinaria (IU), 6.9% la Incontinencia Fecal (IF) y 19.7% el Prolapso de los Órganos Pélvicos (POP), siendo estas las más comunes en relación al posparto y al puerperio.

Metodología

La búsqueda bibliográfica de artículos fue realizada entre Diciembre de 2016 y Enero de 2017 en bases de datos nacionales e internacionales tales como PuMeb, Biblioteca Cochrane Plus, SciELO, Google Académico. A parte del material impreso, como libros y guías. Los estudios seleccionados fueron estudios aleatorios controlados y revisiones sistemáticas.

La estrategia de búsqueda fue la siguiente: ((«Pelvic Floor»[Mesh]) AND (“Urinary Incontinence»[Mesh] OR «Fecal Incontinence»[Mesh] OR «Pelvic Organ Prolapse»[Mesh])) AND «therapy» [Subheading] Filters: Meta-Analysis, Humans, Spanish, English, Female.

Objetivo

Determinar la eficacia de diferentes métodos de reeducación del suelo pélvico para la prevención y tratamiento de diversas patologías.

Discusión

El objetivo de esta revisión sistemática es ver los diferentes tipos de terapias empleadas durante el embarazo y en el periodo postparto, con el objetivo de saber si estas terapias van a prevenir o evitar los trastornos del suelo pélvico que se dan durante estos dos periodos. Los principales trastornos del suelo pélvico son la Incontinencia Urinaria (IU), Incontinencia Fecal (IF) y Prolapso de los Órganos Pélvicos (POP), aunque el trastorno que más predomina es la Incontinencia Urinaria (IU).

Las diversas terapias que hoy en día son empleadas como prevención y tratamiento de los principales trastornos del suelo pélvico son de gran ayuda durante las etapas del embarazo y el postparto, pero todas no muestran la misma eficacia.

ISBN: 978-84-949197-6-3

De todos los métodos evaluados durante el embarazo y el postparto encontraron una reducción de la Incontinencia Urinaria (IU) en el Entrenamiento Muscular del Suelo Pélvico (EMSP) del 34.5%, la Gimnasia Abdominal Hipopresiva (GAH) del 20% y la Electroestimulación o Biofeedback (BFB) del 19%. En cambio, el masaje perineal obtuvo resultados similares.

Esta revisión sistemática ha contado con algunas limitaciones a la hora de su elaboración como en relación al idioma, excluyéndose los artículos escritos en otros idiomas que no fueran español e inglés. También se ha limitado la búsqueda por fechas (desde el 2000 hasta el 2017), por lo tanto, no se ha podido valorar todo lo analizado por otros autores, por lo que puede que haya artículos anteriores de buena calidad metodológica. Tampoco se ha podido consultar en otras bases de datos y acceder a algunos artículos de pago.

Es importante destacar que la mayoría de los estudios se centran en evaluar una terapia, pero se desconoce el efecto de múltiples terapias combinadas y/o si una terapia es mejor que otra porque no hay ensayos clínicos al respecto.

A la hora de búsqueda para la realización del trabajo ha sido difícil debido a la poca variedad de estudios y terapias que podemos encontrar. Por lo tanto, sería de gran ayuda seguir investigando sobre nuevas terapias para prevenir los trastornos del suelo pélvico.

Conclusión

Entre las diversas terapias evaluadas en esta revisión sistemática, el Entrenamiento Muscular del Suelo Pélvico (EMSP) y la Gimnasia Abdominal Hipopresiva (GAH), han demostrado ser útiles en la prevención y tratamiento de las patologías del suelo pélvico. Por otro lado, la Electroestimulación o Biofeedback (BFB) son más eficaces combinadas con Entrenamiento Muscular del Suelo Pélvico (EMSP). La enfermera tiene un papel importante en la reeducación del suelo pélvico.

Bibliografía

1. Carrillo GK, Sanguineti MA. Anatomía del Piso Pélvico. Rev. Med. Clin. Condes. 2013; 24(2): 185-189.
2. Ruiz de Viñaspre-Hernández R, Rubio-Aranda E, Tomás-Aznar C. Prevalencia, factores predictivos y registro en la historia clínica de la consulta sobre la incontinencia urinaria en mujeres gestantes riojanas. Matronas Prof. 2015; 16(4): e1-e8.
3. Cabañas Armesilla MD, Chapinal Andrés A. Revisión de los fundamentos teóricos de la gimnasia abdominal hipopresiva. Apunts Med Esport. 2014; 49(182): 59-66.

Capítulo 216

Revisión sistemática: Cuidados del cordón umbilical

Ortiz Esquinas, Inmaculada

Carretero Cortés, Irene

REVISIÓN SISTEMÁTICA: CUIDADOS DEL CORDÓN UMBILICAL

Autores

Introducción

El cuidado del cordón umbilical comienza en el momento del nacimiento. Después del parto, el cordón se pinza y se corta con material estéril.
Tras el nacimiento y hasta que el cordón umbilical cicatriza, los gérmenes habituales de la piel pueden producir infecciones del cordón umbilical, por este motivo es importante mantener las medidas higiénicas correctas para que se mantenga limpio y así evitar infecciones

Objetivo

Determinar cuales son los cuidados del cordón umbilical más apropiados para evitar las infecciones del mismo.

Método

•Revisión en distintas bases datos, principalmente PubMed y Cochrane

•Criterios de inclusión:
- Limitación temporal 2013-2019
- Acceso a texto completo
- Revisiones sistemáticas y ensayos clínicos

•Palabras clave: umbilical cord, care, newborn, antiseptics, anti-infective agents.



•Resultados de la búsqueda:

36 ARTÍCULOS ENCONTRADOS ---------- 20 ARTÍCULOS ENCONTRADOS ---------- 4 ARTÍCULOS SELECCIONADOS

Desde 2013

Resultados

ESTUDIO	MUESTRA	INTERVENCIÓN	CONCLUSIONES
Sinha A, et al 2015: Chlorhexidine skin or cord care for prevention of mortality and infections in neonates.	Un metanálisis de 12 ensayos clínicos	Uso de clorhexidina en comparación con aplicación de agua, jabón y secado, en los hospitales y entornos comunitarios. Clorhexidina vaginal materna además de la limpieza total del cuerpo en comparación con ninguna intervención (solución salina estéril) en los hospitales y en la comunidad.	La clorhexidina vaginal materna, comparada con la atención habitual , no produce diferencias en el riesgo de infecciones en el hospital. Existe cierta incertidumbre sobre el efecto de la clorhexidina aplicada a los cordones umbilicales de los recién nacidos en entornos hospitalarios sobre la mortalidad neonatal
Imdad A, et al 2013: Umbilical cord antiseptics for preventing sepsis and death among newborns.	Un metanálisis de 34 ensayos aleatorizados	Se estudió la aplicación de clorhexidina en el cuidado del cordón frente a jabón y agua, en entornos hospitalarios y en entornos comunitarios de diferentes países.	Existe evidencia significativa que sugiere que la aplicación tópica de clorhexidina al cordón umbilical reduce la mortalidad neonatal y la onfalitis en entornos comunitarios y de atención primaria en países en desarrollo, sin embargo, no hay evidencia suficiente para apoyar la aplicación de un antiséptico al cordón umbilical en entornos hospitalarios en comparación a aplicar agua y jabón en países desarrollados.
Gras-Le Guen C, et al 2017: Dry Care Versus Antiseptics for Umbilical Cord Care: A Cluster Randomized Trial.	8698 recién nacidos franceses.	Tratamiento antiséptico habitual frente a un método de cordón umbilical de cuidado en seco.	El uso antiséptico en el cuidado del cordón umbilical es, innecesario, restrictivo y costoso en los países desarrollados y puede ser reemplazado por el cuidado en seco.
Sankar MJ, et al 2016: Umbilical cord cleansing with chlorhexidine in neonates: a systematic review.	Metanalisis de 6 ensayos aleatorizados	Aplicación de clorhexidina, frente a la no aplicación en el cuidado del cordón en países de Asia y África.	La aplicación de clorhexidina al cordón reduce el riesgo de mortalidad neonatal y onfalitis en bebés nacidos en el hogar en entornos de desarrollo donde la tasa de mortalidad es alta.

Conclusiones

En el entorno hospitalario, donde el cuidado aséptico es habitual en el pinzamiento y corte del cordón umbilical, se recomienda el cuidado del cordón con agua , jabón y secado posterior. No es necesario un cuidado tópico antiséptico adicional, ya que no reduce significativamente el riesgo de onfalitis en los entornos que utilizan el cuidado aséptico de rutina para pinzar y cortar el cordón umbilical, y se asocia con complicaciones poco frecuente.

Resumen: *Introducción: El cordón umbilical puede infectarse debido a los gérmenes de la piel. Objetivo: Determinar cuáles son los cuidados del cordón umbilical más apropiados para evitar las infecciones del mismo. Metodología: Revisión sitemática en PubMed y la Cochrane. Resultados: En el entorno hospitalario el uso de antisépticos es frecuente. Se recomienda el lavado con agua y jabón y posteriormente secar el cordón. Conclusiones: No es necesario un cuidado tópico antiséptico, ya que no reduce el riesgo y se asocia con complicaciones poco frecuente.*

Palabras Clave: *Umbilical cord; antiseptics; care.*

Introducción

El cuidado del cordón umbilical comienza en el momento del nacimiento. Después del parto, el cordón se pinza y se corta con material estéril.

Tras el nacimiento y hasta que el cordón umbilical cicatriza, los gérmenes habituales de la piel pueden producir infecciones del cordón umbilical, por este motivo es importante mantener las medidas higiénicas correctas para que se mantenga limpio y así evitar infecciones.

Objetivo

Determinar cuáles son los cuidados del cordón umbilical más apropiados para evitar las infecciones del mismo.

Metodología

Se realizó una revisión sistemática en la base de datos Pubmed y la Cochrane. Los criterios de inclusión fueron, artículos comprendidos entre los años 2013 y 2019, así como que tuvieran acceso a texto completo y que fueran revisiones sistemáticas y/o ensayos clínicos. No existen criterios de exclusión.

Las palabras clave, utilizadas para la estrategia de búsqueda bibliográfica fueron: umbilical cord, care, newborn, antiseptics, anti-infective agents.

Resultados

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

Los resultados principales a los que se llegaron fueron los siguientes

Sinha, et al (1) realizó un metanálisis de 12 ensayos clínicos, en los cuales se compararon el uso de clorhexidina con la aplicación de agua, jabón y secado, en los hospitales y entornos comunitarios. La clorhexidina vaginal materna además de la limpieza total del cuerpo en comparación con ninguna intervención (solución salina estéril) en los hospitales y en la comunidad, concluyendo que la clorhexidina vaginal materna, comparada con la atención habitual, no produce diferencias en el riesgo de infecciones en el hospital.

ISBN: 978-84-949197-6-3

En el mismo sentido en 2013, Imdad, et al (2), realizó un metanálisis de 34 ensayos aletorizados, en los cuales se estudió la aplicación de clorhexidina en el cuidado del cordón frente a jabón y agua, en entornos hospitalarios y en entornos comunitarios de diferentes países, llegando a la conclusión que existe evidencia significativa que sugiere que la aplicación tópica de clorhexidina al cordón umbilical reduce la mortalidad neonatal y la onfalitis en entornos comunitarios y de atención primaria en países en desarrollo, sin embargo, no hay evidencia suficiente para apoyar la aplicación de un antiséptico al cordón umbilical en entornos hospitalarios en comparación a aplicar agua y jabón en países desarrollados.

Por otra parte, un estudio francés (3) realizó un estudio sobre 8698 recién nacidos comparando el tratamiento antiséptico habitual frente a un método de cordón umbilical de cuidado en seco. Se observó que el uso antiséptico en el cuidado del cordón umbilical es, innecesario, restrictivo y costoso en los países desarrollados y puede ser reemplazado por el cuidado en seco.

Sankar et al (4), realizó un metanalisis de 6 ensayos aleatorizados, comparando Aplicación de clorhexidina, frente a la no aplicación en el cuidado del cordón en países de Asia y África, donde concluyó que la aplicación de clorhexidina al cordón reduce el riesgo de mortalidad neonatal y onfalitis en bebés nacidos en el hogar en entornos de desarrollo donde la tasa de mortalidad es alta.

Conclusiones

En el entorno hospitalario, donde el cuidado aséptico es habitual en el pinzamiento y corte del cordón umbilical, se recomienda el cuidado del cordón con agua, jabón y secado posterior. No es necesario un cuidado tópico antiséptico adicional, ya que no reduce significativamente el riesgo de onfalitis en los entornos que utilizan el cuidado aséptico de rutina para pinzar y cortar el cordón umbilical, y se asocia con complicaciones poco frecuente.

Bibliografía

1. Sinha A, Sazawal S, Pradhan A, Ramji S, Opiyo N. Chlorhexidine skin or cord care for prevention of mortality and infections in neonates. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 3. Art. No.: CD007835. DOI: 10.1002/14651858.CD007835.pub2.

2. Imdad A, Bautista RMM, Senen KAA, Uy MEV, Mantaring III JB, Bhutta ZA. Umbilical cord antiseptics for preventing sepsis and death among newborns. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 5. Art. No.: CD008635. DOI: 10.1002/14651858.CD008635.pub2.

3. Gras-Le Guen C, Caille A, Launay E, et al. Dry Care Versus Antiseptics for Umbilical Cord Care: A Cluster Randomized Trial. Pediatrics. 2017;139(1):e20161857.

4. Sankar MJ, Chandrasekaran A, Ravindranath A, Agarwal R, Paul VK. Umbilical cord cleansing with chlorhexidine in neonates: a systematic review. J Perinatol. 2016;36 Suppl 1(Suppl 1):S12–S20. doi:10.1038/jp.2016.28.

Capítulo 217

Revisión sistemática: Manejo del óxido nitroso en el trabajo de parto

Bórnez García de la Plaza, Cristina
Sánchez Díaz, María Cristina
Nieto Díaz, Rut
Álvarez Lozano, Eva María

REVISIÓN SISTEMÁTICA: MANEJO DEL ÓXIDO NITROSO EN EL TRABAJO DE PARTO

INTRODUCCIÓN

El óxido nitroso es una alternativa para el alivio del dolor durante el parto, al ser un método no invasivo. Consiste en una mezcla de un gas inhalable que contiene 50 % oxígeno y 50 % óxido nitroso. Produce una analgesia eficaz y segura, siendo la propia mujer quien se auto administra el gas aspirando al inicio de cada contracción bajo vigilancia del personal sanitario.

Tiene un comienzo de acción muy rápido y su efecto desaparece a los dos minutos después de la última inhalación, por lo que no afecta al bebé ya que no hay tiempo para atravesar la placenta. Solo afecta a nivel cerebral en la madre.

En definitiva, tiene latencia corta, excreción rápida y no genera depresión neonatal; sin embargo, su efectividad analgésica es controvertida.

OBJETIVOS

- Determinar la eficacia y seguridad del óxido nitroso al 50% con oxígeno en la administración durante el parto para aliviar el dolor de la gestante.

- Describir los posibles efectos adversos más frecuentes cuyo uso pueda afectar a la madre o al feto.

METODOLOGÍA

Revisión sistemática durante abril y mayo 2018, en bases de datos Pubmed y Cochrane.

- **Criterios de inclusión:** estudios que valoran el uso del óxido nitroso durante la fase de parto, que recogieran efectos secundarios o complicaciones que pueden afectar a la seguridad de la gestante de parto, publicados a partir del 2013.
- **Criterios de exclusión:** se excluyen las publicaciones anteriores al 2013.
- **Palabras clave:** óxido nitroso, parto, analgesia.



RESULTADOS

Se seleccionan estudios, que reúnen los criterios de inclusión establecidos, además de una poseer una calidad moderada – alta.

Los estudios analizados apoyan la seguridad y eficacia del óxido nitroso al 50% y manifiestan un alto nivel de satisfacción por parte de la mujer, ya que producen un alivio considerable del dolor. Además, no existe un aumento de partos instrumentalizados ni cesáreas, tampoco interfiere en el inicio de la lactancia materna.

Se obtiene que su efectividad es menor que la anestesia epidural y otros anestésicos inhalados, además de que su efecto es limitado y variable.

Las mujeres manifiestan una elevada satisfacción con este método, obteniendo como resultado un parto natural en la mayoría de los casos. Se obtiene buen control del dolor, es fácil de usar y refieren sensación de control.

Los efectos adversos más frecuentes en la mujer son mareos, náuseas, vómitos, somnolencia y alteración del recuerdo del parto.

No tiene un efecto analgésico potente, pero es seguro para la mujer y para el feto.

CONCLUSIONES

Los estudios actuales apoyan la seguridad y eficacia del óxido nitroso al 50%, por lo que la analgesia inhalatoria con óxido nitroso podría ser una alternativa segura frente a otros métodos durante el trabajo de parto.

Su bajo uso en nuestra sociedad es por falta de información, por lo que la matrona debe documentar a las mujeres para que tomen una decisión segura con la mayor información y evidencia.

Su utilización permite a la mujer lograr una satisfacción y valoración positiva en su experiencia de parto. Esto es gracias a

Resumen: *El óxido nitroso es una alternativa para el alivio del dolor durante el parto, al ser un método no invasivo. Consiste en una mezcla de un gas inhalable que contiene 50 % oxígeno y 50 % óxido nitroso. Produce una analgesia eficaz y segura, siendo la propia mujer quien se auto administra el gas aspirando al inicio de cada contracción bajo vigilancia del personal sanitario.*

Tiene un comienzo de acción muy rápido, su efecto desaparece a los dos minutos después de la última inhalación, por lo que no afecta al bebé ya que no hay tiempo para atravesar la placenta.

Palabras Clave: *Óxido nitroso; dolor; analgesia.*

Introducción

El óxido nitroso es una alternativa para el alivio del dolor durante el parto, al ser un método no invasivo. Consiste en una mezcla de un gas inhalable que contiene 50 % oxígeno y 50 % óxido nitroso. Produce una analgesia eficaz y segura, siendo la propia mujer quien se auto administra el gas aspirando al inicio de cada contracción bajo vigilancia del personal sanitario.

Tiene un comienzo de acción muy rápido y su efecto desaparece a los dos minutos después de la última inhalación, por lo que no afecta al bebé ya que no hay tiempo para atravesar la placenta. Solo afecta a nivel cerebral en la madre.

En definitiva, tiene latencia corta, excreción rápida y no genera depresión neonatal; sin embargo, su efectividad analgésica es controvertida.

Objetivos

- Determinar la eficacia y seguridad del óxido nitroso al 50% con oxígeno en la administración durante el parto para aliviar el dolor de la gestante.
- Describir los posibles efectos adversos más frecuentes cuyo uso pueda afectar a la madre o al feto.

Metodología

- Revisión sistemática durante abril y mayo 2018, en bases de datos Pubmed y Cochrane.
- Criterios de inclusión: Estudios que valoran el uso del óxido nitroso durante la fase de parto, que recogieran efectos secundarios o complicaciones que pueden afectar a la seguridad de la gestante de parto, publicados a partir del 2013.
- Criterios de exclusión: Se excluyen las publicaciones anteriores al 2013.
- Palabras clave: Óxido nitroso, parto, analgesia.

Resultados

Se seleccionan estudios, que reúnen los criterios de inclusión establecidos, además de una po-

ISBN: 978-84-949197-6-3

seer una calidad moderada – alta.

Los estudios analizados apoyan la seguridad y eficacia del óxido nitroso al 50% y manifiestan un alto nivel de satisfacción por parte de la mujer, ya que producen un alivio considerable del dolor. Además, no existe un aumento de partos instrumentalizados ni cesáreas, tampoco interfiere en el inicio de la lactancia materna.

Se obtiene que su efectividad es menor que la anestesia epidural y otros anestésicos inhalados, además de que su efecto es limitado y variable.

Las mujeres manifiestan una elevada satisfacción con este método, obteniendo como resultado un parto natural en la mayoría de los casos. Se obtiene buen control del dolor, es fácil de usar y refieren sensación de control.

Los efectos adversos más frecuentes en la mujer son mareos, náuseas, vómitos, somnolencia y alteración del recuerdo del parto.

No tiene un efecto analgésico potente, pero es seguro para la mujer y para el feto.

Conclusiones

Los estudios actuales apoyan la seguridad y eficacia del óxido nitroso al 50%, por lo que la analgesia inhalatoria con óxido nitroso podría ser una alternativa segura frente a otros métodos durante el trabajo de parto.

Su bajo uso en nuestra sociedad es por falta de información, por lo que la matrona debe documentar a las mujeres para que tomen una decisión segura con la mayor información y evidencia.

Su utilización permite a la mujer lograr una satisfacción y valoración positiva en su experiencia de parto. Esto es gracias a que facilita el autocontrol del dolor de parto, por parte de la mujer; puesto que se lo administra ella misma permitiéndole movilidad y aumentando así su independencia.

Bibliografía

1. Protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2008). Analgesia en el Parto, sección de Obstetricia, 51(6). 374-83.
2. Ortiz-Gómez J.R., Palacio-Abizanda F.J., Y Fornet-Ruiz E. (2014). Técnicas analgésicas para el parto: Alternativas en caso de fallo de la epidural. Scielo. Anales Sis San Navarra, Pamplona, 37(no.3). 411-427.
3. National Collaborating Centre for Women´s and Children´s Health. (2014). Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical Guideline.
4. Muñoz-Sellés E., Goberna-Tricas J., Delgado-Hito P. (2016). La experiencia de las mujeres en el alivio del dolor del parto: Conocimiento y utilidad de las terapias complementarias y alternativas. Matronas Profesión, 17, 51-58.
5. Llorens-Del Río N., Rodríguez-Cano M.V. (2014). Uso del óxido nitroso como método de alivio del dolor del parto . Servicio De Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen De Las Nieves Granada,1-18.

Capítulo 218

Revisión sistemática: Resultados neonatales tras cesárea en primera etapa VS segunda etapa del parto

Infante Torres, Nuria

Revisión sistemática:
Resultados neonatales tras cesárea en primera etapa VS segunda etapa del parto

Introducción

- La cesárea consiste en una cirugía para extraer al bebé mediante una doble incisión en el abdomen y el útero de la madre.
- **Primera etapa del parto o periodo de dilatación:** Desde el inicio del parto (3–4 cm dilatación) hasta la dilatación completa (10 cm).
- **Segunda etapa del parto o periodo expulsivo:** Desde la dilatación completa (10 cm) hasta la expulsión fetal.
- **Tipos de cesárea:**
  - **Electiva / Programada.**
  - **Cesárea en curso de parto:**
    - Fracaso de inducción.
    - Parto estacionado.
    - Desproporción pelvifetal.
    - Otras: Malposición detectada durante el trabajo de parto…
  - **Cesárea urgente:**
    - Sospecha de pérdida de bienestar fetal.
    - Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.
    - Prolapso de cordón.
    - Rotura uterina.

Objetivo

Comparar la morbilidad neonatal asociada a la realización de una cesárea durante la primera etapa del parto con la realizada durante la segunda etapa del parto.

Metodología

- Revisión en distintas bases de datos (Pubmed, Embase, Scopus).
- **Criterios de inclusión:**
  - Sin limitación temporal.
  - Estudios que analicen los resultados neonatales tras la realización de una cesárea durante la primera etapa o durante la segunda etapa del parto
  - Con acceso a texto completo.
  - Sin restricción de idioma.
- **Selección de artículos incluidos:**

"Labor Stage, First" AND "Labor Stage, Second" AND "Cesarean section" AND Neonatal AND (outcome OR morbidity)

→ 152 artículos → Aplicación criterios de inclusión → 8 artículos

Resultados

Autor / Fecha	Morbilidad neonatal (Cesárea 1º etapa vs Cesárea 2º etapa)					
	Apgar ≤ 3 a los 5 min	Ingreso en UCI > 24 h	Intubación	Sepsis neonatal	Asfixia neonatal	Muerte neonatal
Asicioglu, 2014	**15/3519 vs 10/298**	**29/3519 vs 15/298**	-	**17/3519 vs 10/298**	-	**3/3519 vs 4/298**
Rabiu, 2011	-	**67/245 vs 48/102**	-	29/245 vs 25/102	**23/245 vs 34/102**	**3/245 vs 12/102**
Sucak, 2011	7/1218 vs 2/171	**50/1218 vs 13/171**	-	-	-	-
Seal, 2010	**5/1702 vs 4/124**	**28/1702 vs 12/124**	**7/1702 vs 5/124**	**12/1702 vs 6/124**	-	**3/1702 vs 2/124**
Winovitch, 2009	-	176/3098 vs 49/951	727/3098 vs 275/951	-	-	-
Selo-Ojeme, 2008	4/508 vs 0/119	45/508 vs 8/119	-	9/508 vs 0/119	40/508 vs 9/119	0/508 vs 0/119
Alexander, 2007	32/9265 vs 13/2716	**1992/9265 vs 477/2716**	120/9265 vs 46/2716	-	-	7/9265 vs 4/2716
Allen, 2005	3/1074 vs 3/549	-	-	13/1074 vs 5/549	**88/1074 vs 60/549**	-

En color verde: Resultados estadísticamente significativos ($p < 0,05$)

Conclusiones

- La realización de una cesárea durante la segunda etapa del parto está relacionada con un aumento del riesgo de morbimortalidad neonatal en algunos de los estudios analizados. En otros, no se han encontrado diferencias.
- No existe suficiente evidencia para asegurar que la realización de una cesárea durante la primera etapa del parto es más segura para el recién nacido que durante la segunda etapa.
- Son necesarios más estudios que analicen los resultados neonatales adversos tras realizar una cesárea en cada etapa del parto dependiendo del motivo de su realización, puesto que los resultados neonatales serán distintos si la cesárea se realiza por una sospecha de desproporción pélvico-cefálica , que si se realiza por un riesgo de pérdida de bienestar fetal ante un registro cardiotocográfico patológico.

Bibliografía

1. *Asicioglu O, Güngördük K, Yildirim G, et al.* **Second-stage vs first-stage caesarean delivery: Comparison of maternal and perinatal outcomes.** *J Obstet Gynaecol (Lahore).* 2014;34(7):598-604. doi:10.3109/01443615.2014.920790
2. *Rabiu KA, Adewunmi AA, Akinola OI, Eti AE, Tayo AO.* Comparison of maternal and neonatal outcomes following caesarean section in second versus first stage of labour in a Tertiary Hospital in Nigeria. Niger Postgrad Med J 2011;18:165–71.
3. *Sucak A, Celen S, Akbaba E, Soysal S, Moraloglu O, Danisman N.* **Comparison of nulliparas undergoing cesarean section in first and second stages of labour: a prospective study in a tertiary teaching hospital**. Obstet Gynecol Int 2011;2011:986506.
4. *Seal SL, Kamilya G, Mukherji J, Bhattacharyya SK, De A, Hazra A.* **Outcome in second- versus first-stage cesarean delivery in a teaching institution in Eastern India**. *Am J Perinatol*. 2010;27(6):507-512. doi:10.1055/s-0030-1248936
5. *Winovitch KC, Wing DA, Lagrew DC, Chung JH.* The risk of acute neonatal morbidities in the delivery room after primary cesarean at term: influence of labor and stage. Am J Perinatol 2009:26:545–51
6. *Selo-Ojeme D, Sathiyathasan S, Fayyaz M.* **Caesarean delivery at full cervical dilatation versus caesarean delivery in the first stage of labour: Comparison of maternal and perinatal morbidity**. Arch Gynecol Obstet. 2008;278(3):245-249. doi:10.1007/s00404-007-0548-5
7. *Alexander JM, Leveno KJ, Rouse DJ, et al.* **Comparison of maternal and infant outcomes from primary cesarean delivery during the second compared with first stage of labor.** Obstet Gynecol. 2007;109(4):917-921. doi:10.1097/01.AOG.0000257121.56126.fe
8. *Allen VM, O'Connell CM, Baskett TF.* Maternal and perinatal morbidity of caesarean delivery at full cervical dilatation compared with caesarean delivery in the first stage of labour. BJOG 2005;112:986–90.

Resumen: *La cesárea consiste en una cirugía para extraer al feto mediante una doble incisión en el abdomen y el útero. Se sabe que existe un aumento de la morbilidad neonatal tras la cesárea, comparado con un parto normal, pero nos propusimos comparar la morbilidad neonatal asociada a la realización de una cesárea durante la primera etapa del parto con la realizada durante la segunda etapa. Se realizó una revisión en bases de datos y podemos concluir que no existe evidencia para asegurar que la realización de una cesárea durante la primera etapa del parto es más segura para el bebé.*

Palabras Clave: *Cesarean section; labor stage, first; labor stage, second.*

Introducción

La cesárea consiste en una cirugía para extraer al bebé mediante una doble incisión en el abdomen y el útero de la madre. Existen varios tipos de cesáreas, según su indicación y según el momento del parto en el que se realice:

- Electiva: Cesárea programada.
- Cesárea en curso de parto: La que se realiza cuando el parto ya está establecido, por ejemplo, por no progresión de parto, desproporción pelvifetal, malposición detectada durante el trabajo de parto...
- Cesárea urgente: Por sospecha de pérdida de bienestar fetal, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, prolapso de cordón, rotura uterina...

Por otro lado, la primera etapa del parto o periodo de dilatación va desde el inicio del parto hasta la dilatación completa (10 cm), y la segunda etapa del parto o periodo expulsivo va desde que la dilatación es completa, hasta la expulsión fetal.

Son conocidas las complicaciones neonatales que pueden ocurrir tras una cesárea, si las comparamos con un parto normal, pero ¿existen diferencias en cuanto al aumento del riesgo de morbilidad neonatal según el momento del parto en el que se realice la cesárea?

Objetivo

Comparar la morbilidad neonatal asociada a la realización de una cesárea durante la primera etapa del parto con la realizada durante la segunda etapa de parto.

Metodología

Se llevó a cabo una revisión de las bases de datos Pubmed, Embase y Scopus.

Los criterios de inclusión utilizados fueron:

- Sin limitación temporal ni restricción de idioma.
- Con acceso a texto completo.
- Estudios que analicen los resultados neonatales tras la realización de una cesárea durante la primera etapa o durante la segunda etapa del parto.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Se utilizó la siguiente estrategia de búsqueda “Labor Stage, First” AND “Labor Stage, Second” AND “Cesarean section” AND Neonatal AND (outcome OR morbidity) y se obtuvieron un total de 152 artículos. Tras aplicar los criterios de inclusión, fueron incluidos en la revisión un total de ocho artículos.

Resultados

- Allen, 2005: Estudiaron como variables de morbilidad neonatal el Apgar ≤ 3 a los 5 min, sepsis neonatal y asfixia neonatal. Solo fue estadísticamente significativa la asfixia neonatal, concluyendo que existía más riesgo de este evento adverso tras realizar una cesárea durante el periodo expulsivo.
- Alexander, 2007: Incluyeron las siguientes variables en su estudio: Apgar ≤ 3 a los 5 min, Ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) más de 24 horas, intubación y muerte neonatal. Concluyeron que existía más riesgo de ingreso en UCIN si la cesárea se realizaba durante la primera etapa del parto, con resultados estadísticamente significativos.
- Selo-Ojeme, 2008: Estudiaron el Apgar ≤ 3 a los 5 min, ingreso en UCIN > 24h, sepsis neonatal, asfixia neonatal y muerte neonatal. Concluyeron que no existían diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables estudiadas.
- -Winovitch, 2009: Estos autores analizaron como variables de morbilidad neonatal el ingreso en UCIN > 24h y la intubación, y tampoco encontraron diferencias estadísticamente significativas.
- Seal, 2010: Analizaron el Apgar ≤ 3 a los 5 min, ingreso en UCI 24h, intubación, sepsis neonatal y muerte neonatal. Obtuvieron resultados estadísticamente significativos en todas las variables de morbilidad neonatal estudiadas, de tal manera que la realización de una cesárea durante la segunda etapa del parto tenía más riesgo de morbilidad neonatal en todas las variables estudiadas comparada con la realizada durante la primera etapa del parto.
- Sucak, 2011: Estudiaron el Apgar ≤ 3 a los 5 min y el ingreso en UCIN > 24, y sólo obtuvieron resultados estadísticamnte significativos para la variable ingreso en UCIN, aumentado el riesgo si la cesárea se realiza durante la segunda etapa del parto.
- Rabiu, 2011: Analizaron el ingreso en UCIN > 24h, sepsis neonatal, asfixia neonatal y muerte neonatal. Los resultados fueron estadísticamente significativos para el ingreso en UCIN, asfixia neonatal y muerte neonatal, de tal manera que aumenta el riesgo si la cesárea se realiza durante el periodo expulsivo.
- Asicioglu, 2014: Estudiaron el Apgar ≤ 3 a los 5 min, ingreso e UCI > 24h, sepsis neontal y muerte neonatal. Los resultados fueron estadísticamente significativos para todas las variables estudiadas, concluyendo que aumenta la morbilidad neonatal si la cesárea se realiza durante la segunda etapa del parto.

Conclusiones

La realización de una cesárea durante la segunda etapa del parto está relacionada con un aumento del riesgo de morbimortalidad neonatal en algunos de los estudios analizados. En otros, no se han encontrado diferencias.

No existe suficiente evidencia para asegurar que la realización de una cesárea durante la primera etapa del parto es más segura para el recién nacido que durante la segunda etapa.

Son necesarios más estudios que analicen los resultados neonatales adversos tras realizar una cesárea en cada etapa del parto dependiendo del motivo de su realización, puesto que los resultados neonatales serán distintos si la cesárea se realiza por una sospecha de desproporción pélvico-cefálica , que si se realiza por un riesgo de pérdida de bienestar fetal ante un registro cardiotocográfico patológico.

Bibliografía

1. Asicioglu O, Güngördük K, Yildirim G, et al. Second-stage vs first-stage caesarean delivery: Comparison of maternal and perinatal outcomes. J Obstet Gynaecol (Lahore). 2014;34(7):598-604. doi:10.3109/01443615.2014.920790.
2. Rabiu KA, Adewunmi AA, Akinola OI, Eti AE, Tayo AO. Comparison of maternal and neonatal outcomes following caesarean section in second versus first stage of labour in a Tertiary Hospital in Nigeria. Niger Postgrad Med J 2011;18:165–71.
3. Sucak A, Celen S, Akbaba E, Soysal S, Moraloglu O, Danisman N. Comparison of nulliparas undergoing cesarean section in first and second stages of labour: a prospective study in a tertiary teaching hospital. Obstet Gynecol Int 2011;2011:986506.
4. Seal SL, Kamilya G, Mukherji J, Bhattacharyya SK, De A, Hazra A. Outcome in second- versus first-stage cesarean delivery in a teaching institution in Eastern India. Am J Perinatol. 2010;27(6):507-512. doi:10.1055/s-0030-1248936.
5. Winovitch KC, Wing DA, Lagrew DC, Chung JH. The risk of acute neonatal morbidities in the delivery room after primary cesarean at term: influence of labor and stage. Am J Perinatol 2009;26:545–51.

Capítulo 219

Seguridad de la vacuna triple vírica en niños alérgicos al huevo

Garrido Anguita, Silvia

Carrero Ruiz, Carmen

Chacón Chacón, Laura

SEGURIDAD DE LA VACUNA TRIPLE VÍRICA EN NIÑOS ALÉRGICOS AL HUEVO

INTRODUCCIÓN

Durante muchos años, en España ha existido una gran controversia acerca de si es segura o no la administración de la vacuna triple vírica en niños alérgicos al huevo. La alergia al huevo siempre ha sido considerada una contraindicación parcial o total para la administración de esta vacuna y por tanto, los profesionales de enfermería se veían obligados a preguntar en las consultas de pediatría si el niño ya había consumido huevo antes de proceder a la vacunación. Además, en caso de pacientes alérgicos se llegó a administrar otra vacuna alternativa que no contenía proteínas de huevo (ovoalbúmina) pero menos eficaz. Dado que esta vacuna dejó de comercializarse, no hubo otra opción que administrar la vacuna convencional a todos los grupos pero siguiendo algunas pautas:

- En niños con reacciones alérgicas leves, administrar la vacuna en su centro de salud y vigilar durante 30 minutos en la sala de espera.
- En niños con reacciones alérgicas graves (compromiso cardiorrespiratorio) vacunar en el hospital previo estudio por alergología infantil.

Durante este tiempo, se realizaron diversos estudios en los que no se consiguió demostrar casos de reacciones alérgicas tras la administración de la vacuna triple vírica en pacientes alérgicos al huevo y ante la repercusión para la salud pública que puede tener una contraindicación indebida, era necesario establecer unas recomendaciones basadas en la evidencia que especifiquen el abordaje de estos casos.

OBJETIVOS

- Verificar si es segura la administración de la vacuna triple vírica en pacientes con alergia al huevo.
- Unificar criterios que determinen si se debe administrar la vacuna en el centro de salud o en el hospital en caso de alergia al huevo.





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, casos clínicos, estudios caso-control y protocolos escritos en español o inglés, publicados desde el 2006 en adelante y que analizaran la seguridad de la vacuna triple vírica en pacientes alérgicos al huevo. Se excluyeron los artículos que carecían de rigor científico y que no cumplían los criterios anteriormente mencionados.

PALABRAS CLAVE
Seguridad/ Safety
Hipersensibilidad al huevo / Egg Hypersensitivity
Anafilaxia/ Anaphylaxis
Vacunas/ Vaccines

RESULTADOS

Se encontraron 18 artículos de los cuales se utilizaron 12 y se desecharon 5 siguiendo los criterios de inclusión y exclusión.

Una contraindicación incorrecta de las vacunas puede suponer una oportunidad perdida de vacunación. Dada la importancia para la salud pública que esto supone y que no existe ninguna vacuna frente a sarampión-rubéola-parotiditis libre de trazas de huevo, la Sociedad Española de Inmunología clínica, Alergología y Asma pediátrica (SEICAP) y el Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría (CAV-AEP) elaboraron un consenso para determinar la actuación en estos casos:

La vacuna triple vírica esta cultivada en embriones de pollo + La cantidad de huevo es tan pequeña que no puede provocar ninguna reacción alérgica (0.5-1 nanogramos/ml) + Son muy pocas las reacciones alérgicas provocadas por la trilpe vírica (oscila entre 2-10 por cada millón de dosis administradas + Estas alergias están provocadas en mayor parte por otros componentes de la vacuna como la gelatina y la neomicina = **LA VACUNA TRIPLE VÍRICA ES SEGURA EN PACIENTES ALÉRGICOS AL HUEVO**

Por tanto se establece que:

- Todos los niños alérgicos o no al huevo y aún habiendo tenido clínica de anafilaxia, deben vacunarse en su centro de salud sin necesidad de derivarlos al hospital ni haber consultado con el servicio de alergología previamente, ya que es una vacuna segura.
- Solo aquellos niños que hayan tenido una reacción alérgica a una dosis previa de la vacuna, deben ser evaluados por un alergólogo.

CONCLUSIONES

En los últimos años se le han atribuido a las vacunas muchas reacciones adversas, la mayoría de ellas de manera injustificada. En raras ocasiones, la vacuna triple vírica causa una reacción alérgica y habitualmente, no tiene relación con los antígenos vacunales ni con los componentes del huevo, sino con otros compuestos de la vacuna. El calendario vacunal de Castilla La Mancha recomienda la administración de la primera dosis de la triple vírica a los 12meses de vida (edad en la cual todavía no se ha introducido el huevo) pero son muchos los estudios realizados en los que se ha puesto de manifiesto que esto no implica que no pueda administrarse ya que esta vacuna no esta contraindicada en los pacientes alérgicos al huevo. Se deben de tener claro estos conceptos para prevenir las consecuencias de la falta de vacunación sobre la Salud Pública y para evitar costes innecesarios asociados a la derivación al hospital.

Resumen: *La alergia al huevo siempre ha sido considerada una contraindicación parcial o total para la administración de la vacuna triple vírica aunque son muchos los estudios realizados que no han conseguido demostrarlo. Ante la repercusión para la salud pública que tiene una contraindicación indebida, la Sociedad Española de Inmunología clínica, Alergología y Asma pediátrica (SEICAP) y el Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría (CAV-AEP) elaboraron un consenso en el que se determinó que esta vacuna es segura para todos los pacientes alérgicos al huevo o no sin necesidad de ser evaluados por el servicio de alergología.*

Palabras Clave: *Vacunas; seguridad; hipersensibilidad al huevo.*

Introducción

Durante muchos años en España ha existido una gran controversia acerca de si es segura o no la administración de la vacuna triple vírica en niños alérgicos al huevo. La alergia al huevo siempre ha sido considerada una contraindicación parcial o total para la administración de esta vacuna y por tanto, los profesionales de enfermería se veían obligados a preguntar en las consultas de pediatría si el niño ya había consumido huevo antes de proceder a la vacunación. Además, en caso de pacientes alérgicos se llegó a administrar otra vacuna alternativa que no contenía proteínas de huevo (ovoalbúmina) pero menos eficaz. Dado que esta vacuna dejó de comercializarse, no hubo otra opción que administrar la vacuna convencional a todos los grupos pero con algunas pautas:

- En niños con reacciones alérgicas leves, administrar la vacuna en su centro de salud y esperar durante 30 minutos en la sala de espera.

- En niños con reacciones alérgicas graves (compromiso cardiorrespiratorio) se vacunaran en el hospital previo estudio por alergología infantil.

Durante este tiempo, se realizaron diversos estudios en los que no se consiguió demostrar casos de reacciones alérgicas tras la administración de la vacuna triple vírica en pacientes alérgicos al huevo y ante la repercusión para la salud pública que puede tener una contraindicación indebida, era necesario establecer unas recomendaciones basadas en la evidencia que establezcan el abordaje de estos casos.

Objetivos

- Verificar si es segura la administración de la vacuna triple vírica en pacientes con alergia al huevo.

- Unificar criterios que determinen si se debe administrar la vacuna en el centro de salud o en el hospital en caso de alergia al huevo.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Material y método

Se realizó una revisión biblográfica 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, casos clínicos, estudios caso-control y protocolos escritos en español o inglés, publicados desde el 2006 en adelante y que analizaran la seguridad de la vacuna triple vírica en pacientes alérgicos al huevo. Se excluyeron los artículos que carecían de rigor científico y que no cumplían los criterios anteriormente mencionados.

Resultados

Una contraindicación incorrecta de las vacunas puede suponer una oportunidad perdida de vacunación. Dada la importancia para la salud pública que esto supone y que no existe ninguna vacuna frente a sarampión-rubéola-parotiditis libre de trazas de huevo, la Sociedad Española de Inmunología clínica, Alergología y Asma pediátrica (SEICAP) y el Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría (CAV-AEP) elaboraron un consenso para determinar la actuación en estos casos:

La vacuna triple vírica esta cultivada en fibroblastos derivados de embriones de pollo, por lo que la cantidad de huevo que puede contener es tan pequeña que no es capaz de provocar una reacción alérgica (0,5-1 nanogramos/ 0.5ml). Aunque no esta bien determinado el número de reacciones alérgicas que provoca esta vacuna (oscila entre 2 a 10 por cada millón de dosis administradas), diversos estudios demuestran que estas reacciones son provocadas por otros componentes de la vacuna como la gelatina y la neomicina.

Por tanto se establece que, todos los niños alérgicos o no al huevo y aun habiendo tenido clínica de anafilaxia, deben vacunarse en su centro de salud sin necesidad de ir al hospital ni haber consultado con el servicio de alergología ya que es una vacuna segura.

Solo aquellos niños que han tenido una reacción alérgica a una dosis previa de la vacuna, deben ser evaluados por un alergólogo.

Conclusión

En los últimos años se le han atribuido a las vacunas muchas reacciones adversas, la mayoría de ellas de manera injustificada. En raras ocasiones, la vacuna triple vírica ocasiona una reacción alérgica y habitualmente, no tiene relación con los antígenos vacunales ni con los componentes del huevo, sino con otros compuestos de la vacuna. El calendario vacunal de Castilla La Mancha recomienda la administración de la primera dosis de la triple vírica a los 12 meses de vida (edad en la cual todavía no se ha introducido el huevo) pero son muchos los estudios realizados en los que se ha puesto de manifiesto que, esto no implica que no pueda administrarse ya que esta vacuna no esta contraindicada en los pacientes alérgicos al huevo. Se deben de tener claro estos conceptos para prevenir las consecuencias de la falta de vacunación sobre la Salud Pública y para evitar costes innecesarios asociados a la derivación al hospital.

Bibliografía

1. Echeverría Zudaire L, et al. L. Documento de consenso sobre la actitud ante un niño con una reacción alérgica tras la vacunación o alergia a componentes vacunales. An Pediatr (Barc). 2015;83(1):63.e1-63.e10.

2. Torres Borrego J, et al. Seguridad de la vacunación triple vírica en pacientes con alergia al huevo. An Pediatr (Barc). 2006;64(5):464-7.

3. Fina Avilés F, et al. Vacuna triple vírica y alergia al huevo. Experiencia en una unidad de vacunación hospitalaria. An Pediatr (Barc). 2007;67(4):362-7.

4. García Ara MC. Alergia al huevo en el niño. Protoc diagn ter pediatr. 2013;1:37-50.

Capítulo 220

Seguridad en el cuidado de DAVC

Núñez Sánchez-Migallón, Ana Belén

Piqueras Cresto, Lourdes

Lara Lozano, Elena

Moreno Delgado, Tania

García Muñoz López Menchero, Diana

SEGURIDAD EN EL CUIDADO DE ACCESOS VENOSOS CENTRALES

INTRODUCCIÓN

Cuando se necesita un acceso vascular a largo plazo se requiere el uso de los dispositivos de acceso venoso central (DAVC), los cuales son utilizados para administrar fármacos intravenosos, líquidos, tomar muestras sanguíneas o para nutrición parenteral, sobre todo en servicios de cuidados intensivos o hemodinámica.

Debido al tiempo que están insertados necesitan una serie de cuidados específicos, por eso debemos saber que es lo más adecuado respecto a sus cuidados para evitar la aparición de infección en el punto de inserción del mismo

OBJETIVOS

- Comparar la eficacia de los tipos de antisépticos en la cura de accesos venosos centrales.
- Evaluar la frecuencia de cambio de los apósitos.



METODOLOGÍA

- Se ha realizado una búsqueda sistemática en las bases de datos de enfermería y ciencias de la salud como PubMed, Scielo, CUIDEN, Cochrane.
- Utilizando como palabras claves las proporcionadas por DeSC como: “Catéteres”, (Catheters), “Cateterismo Venoso Central”, (Catheterization, Central Venous), “Infecciones Relacionadas con Catéteres”, (Catheter-Related Infections), “Sepsis” (Sepsis) y “Antisepsia” (Antisepsis).
- Para ello se han incluido artículos y protocolos publicados a partir del 2015.

RESULTADOS

La primera característica a analizar fue el tipo de antiséptico a utilizar. Se han incluido 12 estudios con un total de 3446 pacientes, principalmente adultos de UCI, unidades de oncología, hematología…. Se compara: clorhexidina vs povidona yodada, la clorhexidina puede reducir la septicemia relacionada con el catéter y reducir la colonización en comparación con la povidona yodada.

Otro punto a seguir es la frecuencia de cambio de apósitos. Se han incluido 5 estudios realizados en Europa, con un total de 2277 participantes, 4 de ellos en adultos y el último en niños. La frecuencia de cambio se diferenciaba en: corta (de 2 a 5 días) y larga (5 a 15 días). Los apósitos fueron monitorizados diariamente y el seguimiento se realizó hasta que se retiró el catéter o hasta que fueron dados de alta. La calidad de los estudios fue baja debido a que los estudios fueron a pequeña escala.

La última característica evaluada es el tipo de apósito. Se han incluido todos los ensayos controlados aleatorios que evaluaron los dispositivos de aseguramiento para el catéter venoso central en cuanto a su repercusión en la bacteriemia, colonización e infección.También se excluyeron los ensayos cruzados (crossover) y grupales para minimizar el sesgo potencial, en conformidad conReeves 2011. El método de selección no se considera estrictamente aleatoria.

CONCLUSIÓN

Tras la realización de diversos estudios no se han encontrados evidencias sólidas sobre si realizar cuidados antisépticos en el punto de inserción reduce la tasa de infección en el torrente sanguíneo en comparación con ninguna limpieza de la piel. Sin embargo si se ha demostrado que el uso de clorhexidina puede reducir la septicemia y la colonización del catéter venoso central respecto a la limpieza con povidona yodada.

Respecto a la frecuencia de cambio de apósito, los estudios no son concluyentes en cuanto si un periodo más largo se relaciona con menos infecciones que uno más corto. Por otro lado los apósitos impregnados con medicamentos si han demostrado que reducen la incidencia de bacteriemia en el catéter con respecto al resto de tipos de apósitos.

XI CONGRESO DE INVESTIGACION EN ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA. CIUDAD REAL 28,29 Y 30 MAYO 2019

Resumen: *El artículo trata de explorar cuáles son los mejores cuidados relacionados con los dispositivos venosos de acceso central para poder hacer un buen uso de ellos y evitar posibles sepsis en el futuro. Lo primero que se compara es el uso de clorhexidina vs povidona yodada. A continuación, se analiza la frecuencia de cambio de apósito. Por último, estudia el tipo de apósito a utilizar que relaciona los dos apartados anteriores.*

Palabras Clave: *"Catéteres", (Catheters); "cateterismo venoso central", (catheterization, central venous); "sepsis" (sepsis).*

Introducción

Cuando se necesita un acceso vascular a largo plazo se requiere el uso de los dispositivos de acceso venoso central (DAVC), los cuales son utilizados para administrar fármacos intravenosos, líquidos, tomar muestras sanguíneas o para nutrición parenteral, sobre todo en servicios de cuidados intensivos o hemodinámica. Debido al tiempo que están insertados necesitan una serie de cuidados específicos, por eso debemos saber que es lo más adecuado respecto a sus cuidados para evitar la aparición de infección en el punto de inserción del mismo.

Objetivos

Comprobar la eficacia de los antisépticos en la cura de accesos venosos centrales y evaluar la frecuencia de cambio de los apósitos.

Materiales y métodos

Una vez planteados los objetivos, la primera característica a analizar fue el tipo de antiséptico a utilizar, para ello, se han incluido 12 estudios con un total de 3446 pacientes, principalmente adultos que habían ingresado a unidades de cuidados intensivos, unidades de oncología, de hematología o salas generales. Dependiendo del tipo de antiséptico usado para los cuidados de estos catéteres podremos encontrar que el uso de la clorhexidina vs povidona yodada, es que la clorhexidina puede reducir la septicemia relacionada con el catéter y reducir la colonización en comparación con la povidona yodada.

Otro punto a seguir es la frecuencia de cambio de apósitos. En este caso se han incluido 5 estudios realizados en Europa, con un total de 2277 participantes, 4 de ellos en adultos y el último en niños. La frecuencia de cambio se diferenciaba en: corta (de 2 a 5 días) y larga (5 a 15 días). Los apósitos fueron monitorizados diariamente y el seguimiento se realizó hasta que se retiró el catéter o hasta que fueron dados de alta. La calidad de los estudios fue baja debido a que los estudios fueron a pequeña escala.

La última característica evaluada es el tipo de apósito. Se han incluido todos los ensayos controlados aleatorios que evaluaron los dispositivos de aseguramiento para el catéter venoso central en cuanto a su repercusión en la bacteriemia, colonización e infección.También se excluyeron los ensayos cruzados (crossover) y grupales para minimizar el sesgo potencial, en conformidad con Reeves 2011. El método de selección no se considera estrictamente aleatoria.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Conclusiones

Con todo esto podemos concluir diciendo que tras la realización de diversos estudios no se han encontrados evidencias sólidas sobre si realizar cuidados antisépticos en el punto de inserción reduce la tasa de infección en el torrente sanguíneo en comparación con ninguna limpieza de la piel. Sin embargo si se ha demostrado que el uso de clorhexidina puede reducir la septicemia y la colonización del catéter venoso central respecto a la limpieza con povidona yodada.

Respecto a la frecuencia de cambio de apósito, los estudios no son concluyentes en cuanto si un periodo más largo se relaciona con menos infecciones que uno más corto. Por otro lado los apósitos impregnados con medicamentos si han demostrado que reducen la incidencia de bacteriemia en el catéter con respecto al resto de tipos de apósitos.

Bibliografía

1. Ullman AJ, Cooke ML, Mitchell M, Lin F, New K, Long DA, Mihala G, Rickard CM. Dressings and securement devices for central venous catheters (CVC). Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 9. Art. No.: CD010367. DOI: 10.1002/14651858.CD010367.pub2. [Citado 7 de Junio de 2019]. Disponible en:https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010367.pub2/full/es?highlightAbstract=withdrawn%7Cvenoso%7Ccateter%7Ccatet%7Cvenos.

2. Gavin NC, Webster J, Chan RJ, Rickard CM. Frequency of dressing changes for central venous access devices on catheter-related infections. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 2. Art. No.: CD009213. DOI: 10.1002/14651858.CD009213.pub2.[Citado 7 de Junio de 2019]. Disponible en: https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009213.pub2/full/es#CD009213-sec1-0022.

3. Lai NM, Lai NA, O›Riordan E, Chaiyakunapruk N, Taylor JE, Tan K. Skin antisepsis for reducing central venous catheter-related infections. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 7. Art. No.: CD010140. DOI: 10.1002/14651858.CD010140.pub2.[Citado 7 de Junio de 2019]. Disponible en:https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010140.pub2/full/es?highlightAbstract=withdrawn%7Cvenoso%7Ccateter%7Ccatet%7Cvenos.

Capítulo 221

Seguridad en los PAC

Blanco Palomo, Carlos Mariano

Corredor Rodenas, María Teresa

Mansilla Flores, María Gema

Seguridad en los PAC

XI CONGRESO DE INVESTIGACIÓN
SATSE CIUDAD REAL

Introducción

Ante el creciente número de agresiones hacia los sanitarios, debemos plantearnos si se están poniendo todos los medios posibles para evitarlas. Hemos elegido preocuparnos por nuestras compañeras enfermeras que realizan guardias en atención primaria. Por ello, nos acercarnos a cuál es su visión de la seguridad en sus puestos de trabajo.

Objetivo

Hacer una aproximación al punto de vista de las enfermeras PEAC acerca de la seguridad en sus puestos de trabajo en el SESCAM.

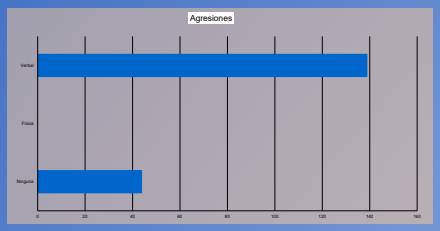


Metodología

Elaboramos una encuesta propia con las cuestiones más importantes de la temática que tratamos y las enviamos a enfermeras PEAC de la Gerencia de Atención Integrada (GAI) de Valdepeñas de manera telemática. A la hora de la recopilación de la información, el anonimato de las encuestadas se ha conservado.

Resultados

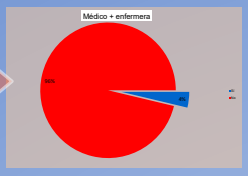
Población encuestada: 183 participantes.



139 han presenciado alguna agresión verbal.
Nadie ha presenciado una agresión física.
44 no han presenciado agresión de ningún tipo.



El 80% de las enfermeras se sienten seguras en su puesto de trabajo.



El 96% no se siente segura en su puesto de trabajo en PACs formados por un médico y una enfermera



El 84% se siente segura en su puesto de trabajo en PACs formados por dos médicos, dos enfermeras y un celador



Aquí se representa la respuesta de las enfermeras ante una agresión.
96 Avisan a las fuerzas del orden.
31 Llaman al 112
31 pulsan el "Botón del Pánico"
9 Usan el Plan Perseo
16 No saben qué hacer.



Conclusiones

Pese a que muchas de las encuestadas han manifestado no presenciar jamás ningún tipo de agresión mientras desempeñaban su labor, todas tienen historias que contar acerca de algún compañero que sí la ha sufrido. En los medios de comunicación es extraña la semana en la que no se habla de alguno de estos incidentes. ¿Se nos prepara correctamente en materia de seguridad para este puesto de trabajo? Viendo los resultados obtenidos en la última gráfica, podemos concluir que no. Debido a la cantidad de respuestas tan dispares y al desconocimiento por parte de la mayoria del "Plan Perseo" y del botón del pánico instalado en los PACs. Aunque, si la situación se produce en una atención a un paciente fuera del PAC, éste último no sirve de nada. Todo el personal que hace guardia, debería estar formado acerca de su propia seguridad

Las enfermeras que hacen guardias en PACs no se ven seguras en sus puestos de trabajo y un punto muy a tener en cuenta es el equipo con el que trabajan. La mayoría de las compañeras manifiestan estar más cómodas realizando guardias con un equipo más numeroso para respaldarlas.

Al igual que hay servicio de seguridad en los hospitales, debería existir un dispositivo que mantuviese seguros a los profesionales sanitarios ya sea:

- con más cámaras de vigilancia
- con más personal de seguridad enlos PACs
- con formación para los trabajadores acercade las herramientas de que disponen para su defensa.
- con seminarios acerca de técnicas de comunicación y llegado el caso, autodefensa

Resumen: *La seguridad en el trabajo es un tema muy debatido y se abre a varias cuestiones: legales, jurídicas, políticas, éticas, psicológicas... El presente estudio se centra en la seguridad de nuestras compañeras, que están expuestas en primera línea en guardias de jornadas maratonianas, sufriendo muchas veces las inclemencias del tiempo, mal uso y abuso de los PAC y situaciones conflictivas y/o violentas más propias de los cuerpos de seguridad del estado y los equipos más especializados. Esta es la enfermera PEAC. Una profesional que puede actuar ante una gastroenteritis, un infarto o un accidente de tráfico.*

Palabras Clave: *Enfermera (D009726); seguridad (d012449); atención ambulatoria (d000553).*

Introducción

La seguridad es una premisa fundamental en un puesto de trabajo. Es tan importante que sirve como uno de los factores a tener en cuenta a la hora de confeccionar el salario de un profesional. El pilar base de nuestra profesión es el cuidado de las personas, pero, ¿quién cuida de nosotros? Ante el creciente número de agresiones hacia los sanitarios, debemos plantearnos si se están poniendo todos los medios posibles para evitarlas.

De las múltiples posibilidades y matices que ofrece este tema, hemos elegido preocuparnos por nuestras compañeras enfermeras PEACs (personal estatutario de atención continuada). Por ello, nos acercarnos a cuál es su visión de la seguridad en sus puestos de trabajo.

Objetivo

Hacer una aproximación al punto de vista de las enfermeras PEAC acerca de la seguridad en sus puestos de trabajo en el SESCAM.

Metodología

Elaboramos una encuesta propia con las cuestiones más importantes de la temática que tratamos y las enviamos a enfermeras PEAC de la Gerencia de Atención Integrada (GAI) de Valdepeñas de manera telemática. A la hora de la recopilación de la información, el anonimato de las encuestadas se ha conservado.

Resultados

- Población encuestada: 183 participantes. Todas enfermeras que hacen guardias de atención continuada en la GAI de Valdepeñas.
- En la primera gráfica observamos que 139 de las personas encuestadas han presenciado alguna agresión verbal hacia ellas mismas o un compañero de trabajo. Mientras que nadie ha presenciado nunca una agresión física, frente a 44 personas que no han presenciado agresión alguna en su puesto de trabajo.
- La segunda gráfica representa la cantidad de enfermeras que realmente se sienten seguras en su puesto de trabajo frente a las que no. Domina la respuesta negativa con másde un 80%.

ISBN: 978-84-949197-6-3

- Cruzando los datos de esta pregunta con los obtenidos de la estructuración y organización en los distintos Puntos de Atención Continuada (PACs), obtenemos otras dos gráficas más reveladoras. En la primera, el 96% de las encuestadas no se siente segura en su puesto de trabajo, puesto que se tratan de PACs en los que el equipo de guardias está formado por un médico y una enfermera. En la segunda gráfica, vemos una representación mayoritariamente positiva en un 84% y esto es debido a que se tratan de PACs en los que trabajan dos médicos, dos enfermeras y un celador.
- En la última gráfica representada, apreciamos la capacidad de nuestras compañeras enfermeras de guardia para responder ante un caso de agresión. La mayoría (96) avisan a las fuerzas del orden (Policía, Guardia Civil, etc...). A esta cifra le siguen las que eligen llamar al 112 para informar de la situación (31) y las igualan las que optan por pulsa rel “Botón del pánico” instalado en todos los PACs. En última posición tenemos las que activan el Plan Perseo (9). Las que no saben cómo plantear una respuesta ante una situación de este tipo conforman casi el 10% de las encuestadas.

Conclusiones

Pese a que muchas de las encuestadas han manifestado no presenciar jamás ningún tipo de agresión mientras desempeñaban su labor, todas tienen historias que contar acerca de algún compañero conocido que sí la ha sufrido. En los medios de comunicación es extraña la semana en la que no se habla de alguno de estos incidentes. ¿Se nos prepara correctamente en materia de seguridad para este puesto de trabajo? Viendo los resultados obtenidos en la última gráfica, podemos concluir que no. Esto es debido a la cantidad de respuestas tan dispares y al desconocimiento por parte de la mayoria del “Plan Perseo” y del botón del pánico instalado en los PACs. Aunque, si la situación se produce en una atención a un paciente fuera del PAC, éste último no sirvede nada. Todo el personal que hace guardia, debería estar formado acerca de su propia seguridad

Las enfermeras que hacen guardias en PACs no se ven seguras en sus puestos de trabajo y un punto muy a tener en cuenta es el equipo con el que trabajan. La mayoría de las compañeras manifiestan estar más comodas realizando guardias con un equipo más numeroso para respaldarlas.

Al igual que hay servicio de seguridad en los hospitales, debería existir un dispositivo que mantuviese seguros a los profesionales sanitarios ya sea:

- Con más cámaras de vigilancia.
- Con más personal de seguridad enlos PACs.
- Con formación para los trabajadores acercade las herramientas de que disponen para su defensa.
- Con seminarios acerca de técnicas de comunicación y llegado el caso, autodefensa.

Bibliografía

1. López-López IM, Gómez-Urquiza JL, Cañadas GR, De la Fuente EI, Albendín-García L, Cañadas-De la Fuente GA. Prevalence of burnout in mental health nurses and related factors: a systematic review and meta-analysis. Int. J. Ment. Health Nurs. 2019 May 27. doi: 10.1111/inm.12606. [Epub ahead of print] Review.

2. Heckemann B, Zeller A, Hahn S, Dassen T, Schols JM, Halfens RJ. The effect of aggression management training programmes for nursing staff and students working in an acute hospital setting. A narrative review of current literature. Nurse Educ Today. 2015 Jan;35(1):212-9. doi: 10.1016/j.nedt.2014.08.003. Epub 2014 Aug 25. Review.

3. Heckemann B, Hahn S, Halfens RJG, Richter D, Schols JMGA. Patient and visitor aggression in healthcare: A survey exploring organisational safety culture and team efficacy. J Nurs Manag. 2019 Mar 19. doi: 10.1111/jonm.12772. [Epub ahead of print]

4. Hahn S, Müller M, Hantikainen V, Kok G, Dassen T, Halfens RJ. Risk factors associated with patient and visitor violence in general hospitals: results of a multiple regression analysis. Int J Nurs Stud. 2013 Mar;50(3):374-85. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.09.018. Epub 2012 Oct 24.

5. Kirk S, Parker D, Claridge T, Esmail A, Marshall M. Patient safety culture in primary care: developing a theoretical framework for practical use. Qual Saf Health Care. 2007 Aug;16(4):313-20.

Capítulo 222

Seguridad en nuestras manos y en las muñecas de nuestros pacientes: Uso de pulseras identificativas

Fernández Barranco, Sara

Rodríguez Medina, Leticia María

Ordóñez Urbano, María del Carmen



SEGURIDAD EN NUESTRAS MANOS Y EN LAS MUÑECAS DE NUESTROS PACIENTES: USO DE PULSERAS IDENTIFICATIVAS

FERNÁNDEZ BARRANCO, SARA; RODRÍGUEZ MEDINA, LETICIA MARÍA; ORDÓÑEZ URBANO, MARÍA DEL CARMEN

INTRODUCCIÓN

La identificación errónea de los pacientes sigue siendo, hoy en día, una causa grave de efectos adversos en la atención sanitaria. estrategia para la prevención de errores graves.

Para ello, es necesario concienciar a todos los profesionales, que la prestación de cuidados eficaces, seguros y de calidad: comienza con el correcto uso de pulseras o brazaletes identificativos.

OBJETIVOS

- ✓ Dar a conocer a todos los profesionales sanitarios, la importancia de una correcta identificación del paciente.
- ✓ Revisar la evidencia científica disponible sobre el uso de pulseras de identificación por personal de enfermería.
- ✓ Conseguir mayor participación en materias de seguridad, por parte del paciente y familiares, tras informarles de la finalidad de dichas pulseras.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión bibliográfica de la literatura existente en distintas bases de datos (PUBMED, CINHAL, CUIDEN Plus, SCIELO, Biblioteca Cochrane, Medline, Gerión) y en el buscador Google académico.

Criterios de inclusión: (De 15 artículos revisados, 11 fueron seleccionados)

El límite temporal fue de 5 años.

Artículos disponibles a texto completo gratuito.

Idioma: inglés y/o castellano.

Palabras clave:

Pulsera, brazalete, identificación; seguridad & enfermería.

RESULTADOS

Tras la revisión de la bibliografía encontrada, fue posible conocer el compromiso de los profesionales de enfermería con el proceso de identificación de los pacientes demostrado por una alta prevalencia del uso de pulseras de identificativas.

- ✓ Debido a la falta de tiempo y el exceso de trabajo, comprobamos que no siempre se lleva a cabo la comprobación de dicho brazalete antes de realizar cualquier procedimiento.
- ✓ El proceso de identificación del paciente, incluye tanto la verificación de los datos de la pulsera con la historia clínica, como con él mismo paciente verbalmente
- ✓ El uso de colores es una nueva estrategia para señalar alguna peculiaridad en la situación de salud que demande mayor atención asistencial: alergias, riesgo de caídas o riesgo de úlceras por presión.
- ✓ Tipos de errores más frecuentes: Ausencia de pulsera, equivocaciones en el nombre del paciente y problemas en la integridad de las pulseras.
- ✓ Complicaciones: errores en la administración de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas, transfusiones de sangre y hemoderivados

En estudio realizado en nuestra Unidad quirúrgica: acudieron sin pulsera < 2,64% pacientes



- ✓ El hecho de que los profesionales de enfermería tengan que escribir los datos de los pacientes en las pulseras de identificación también está asociado a mayor riesgo de cometer errores. Alternativa: La implantación de nuevas tecnologías: (uso de código de barras en las pulseras y scanners para su lectura)







CONCLUSIÓN

La utilización de pulseras para la identificación inequívoca de los pacientes, es una práctica sistematizada entre el personal de enfermería, que está recomendada internacionalmente.

Todos los estudios recomiendan la concientización de los pacientes y sus familiares. Debemos insistir en la importancia de la verificación de sus datos antes de realizar cualquier procedimiento, así como en el mantenimiento de la misma durante su estancia hospitalaria.

BIBLIOGRAFÍA

- ❖ Conesa Hernández, D.; Conesa Jiménez, M.L. (2017) Evidencia científica sobre la reducción de los eventos adversos con el uso de brazaletes identificativos. Hospital General Sanitario Santa Lucía.
- ❖ García Juárez, M.R. et al. (2014) La enfermera referente del paciente quirúrgico garante de su seguridad durante la hospitalización. Congreso SADECA: Calidad asistencial
- ❖ Mir-Abellán, R., Falcó-Pegueroles, A., & Puente-Martorell, M. L.. (2017). Actitudes frente a la cultura e seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas. Gaceta Sanitaria, 31, 145-149.
- ❖ Reche González, F.J. Seguridad del paciente: Implicación de los profesionales en la identificación inequívoca de pacientes (2014) Universidad de Almería.
- ❖ Viecili Hoffmeister, L. & Schebella Moura, G. (2015). Use of identification wristbands among patients receiving inpatient treatment in a teaching hospital. Revista latino-americana de enfermagem, 23(1), 36-43.



Resumen: *La identificación errónea de los pacientes sigue siendo, hoy en día, una causa grave de efectos adversos en la atención sanitaria. La utilización de pulseras para la identificación inequívoca de los pacientes, es una práctica sistematizada entre el personal de enfermería. El presente estudio fue realizado con una doble intención: promocionar esta estrategia para la prevención de errores graves y además, conocer su uso en nuestra unidad quirúrgica. Para ello, es necesario concienciar a todos los profesionales, que la prestación de cuidados eficaces, seguros y de calidad: comienza con el correcto uso de pulseras o brazaletes identificativos.*

Palabras Clave: *Pulsera; enfermería; identificación.*

Introducción

Durante las dos últimas décadas del siglo XX, ha surgido una especial preocupación por paliar o minimizar el riesgo de que se produzcan efectos adversos asociados a los procesos de atención sanitaria. Entre las estrategias y políticas de calidad que se dirigen a mejorar la atención sanitaria en lo que a seguridad del paciente se refiere, se encuentra la identificación inequívoca de los pacientes.

Para ello, es necesario concienciar a todos los profesionales, que la prestación de cuidados eficaces, seguros y de calidad comienza con el correcto uso de pulseras o brazaletes identificativos. El presente estudio fue realizado con la intención de promocionar esta estrategia para la prevención de errores graves.

Objetivos

- Dar a conocer a todos los profesionales sanitarios, la importancia de una correcta identificación del paciente.
- Revisar la evidencia científica disponible sobre el uso de pulseras de identificación por personal de enfermería.
- Conseguir mayor participación en materias de seguridad, por parte del paciente y familiares, tras informarles de la finalidad de dichas pulseras.

Material y métodos

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica de 15 artículos científicos en distintas bases de datos (PUBMED, CINHAL, CUIDEN Plus, SCIELO, Biblioteca COCHRANE, MEDLINE, Gerión) y en el buscador Google académico. Como criterios de inclusión se ha establecido un rango de fechas, de artículos con una antigüedad máxima de 5 años. Los descriptores utilizados fueron:Pulsera, identificación y enfermería. Se seleccionaron aquellos documentos disponibles a texto completo gratuito en castellano e inglés. Solo cumplieron los criterios de inclusión 11 artículos.

Resultados

Tras la revisión de la bibliografía encontrada, fue posible conocer el compromiso de los profesionales de enfermería con el proceso de identificación de los pacientes demostrado por una alta prevalencia del uso de pulseras identificativas.

ISBN: 978-84-949197-6-3

El proceso de identificación del paciente, incluye tanto la verificación de los datos de la pulsera con la historia clínica, como con él mismo paciente verbalmente. Sin embargo, debido a la falta de tiempo y el exceso de trabajo, comprobamos que no siempre se lleva a cabo la comprobación de dicho brazalete antes de realizar cualquier procedimiento.

El uso de colores es una nueva estrategia para señalar alguna peculiaridad en la situación de salud que demande mayor atención asistencial; como en el caso de presencia de alergias medicamentosas o alimentarias, riesgo elevado de caídas o riesgo de desarrollar úlceras por presión.

Tras analizar la literatura encontrada sobre el tema y realizar una encuesta en nuestra unidad quirúrgica, coincidimos que los tipos de errores más frecuentes son: la ausencia de pulsera, equivocaciones en el nombre del paciente y problemas en la integridad de las pulseras (debido a su deterioro tras varios días de estancia hospitalaria).

Las complicaciones observadas con más frecuencia corresponden con errores en la administración de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas, transfusiones de sangre y hemoderivados. El hecho de que los profesionales de enfermería tengan que escribir los datos de los pacientes en las pulseras de identificación, también está asociado a mayor riesgo de cometer errores.

En dicho estudio realizado en nuestra Unidad quirúrgica al ingreso en Recepción, encontramos que 2,64 % de los pacientes que iban a ser intervenidos, acudieron sin pulsera desde la planta o el servicio de Urgencias.

Aunque parezca una cifra razonablemente pequeña, debemos de seguir trabajando para reducir al máximo este porcentaje, puesto es una técnica económica, muy fácil de llevar a cabo y que puede prevenir la presencia de efectos adversos graves.

Una alternativa que ya se ha implantado en varios hospitales españoles y que también se contempla en el extranjero; es la implantación de nuevas tecnologías. El uso de código de barras en las pulseras y scanners para su lectura, disminuye el porcentaje de errores durante la asistencia sanitaria y proporciona seguridad adicional tanto al paciente como al personal de enfermería.

Conclusión

El creciente volumen de actividad asistencial, unido a la progresiva especialización de los procesos y técnicas sanitarias, ha desembocado sin duda en una mayor calidad, eficacia y eficiencia de la atención sanitaria. Sin embargo, de la mano de esos mismos avances es inevitable que, ocasionalmente, se produzcan errores y consecuencias adversas.

Hemos comprobado que la utilización de pulseras para la identificación inequívoca de los pacientes, es una práctica sistematizada entre el personal de enfermería, que está recomendada internacionalmente y que debe llevarse a cabo de manera rutinaria.

Además, la realización de este estudio contribuyó a suministrar evidencias de la utilización de pulseras de identificación en los pacientes que iban a ser intervenidos quirúrgicamente y a orientar el perfeccionamiento de las prácticas referentes a esa temática en nuestra unidad.

Todos los estudios revisados, recomiendan la concienciación de los pacientes y sus familiares sobre la importancia de llevar la pulsera desde el ingreso hasta el alta hospitalaria. Debemos insistir a todo el personal sanitario, en la necesidad de la verificación de sus datos, antes de realizar cualquier procedimiento, así como en el mantenimiento de la misma durante su estancia hospitalaria.

La seguridad del paciente es, sin duda, una prioridad de la calidad asistencial.

Bibliografía

1. Conesa Hernández D, Conesa Jiménez ML. Evidencia científica sobre la reducción de los eventos adversos con el uso de brazaletes identificativos. Hospital General Sanitario Santa Lucía;2017.
2. García Juárez MR, et al. La enfermera referente del paciente quirúrgico garante de su seguridad durante la hospitalización. Congreso SADECA: Calidad asistencial. 19a ed. Sevilla;2014.
3. Mir-Abellán R, Falcó-Pegueroles A, Puente-Martorell ML. Actitudes frente a la cultura e seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas. Gaceta Sanitaria;2017,31:145-149.
4. Reche González FJ. Seguridad del paciente: Implicación de los profesionales en la identificación inequívoca de pacientes. Universidad de Almería;2014.
5. Viecili Hoffmeister L, Schebella Moura G. Use of identification wristbands among patients receiving inpatient treatment in a teaching hospital. Revista latino-americana de enfermagem;2015;23(1):36-43.

Capítulo 223

Sesión de musicoterapia. Grado de satisfacción en la unidad de hemodiálisis del HGUCR

Fernández Melero, Alicia

Campos Rodríguez de Guzmán, Héctor

Domínguez Tapiador, Beatriz

Lavín Expósito, Cristina

Civera Miguel, Margarita

Moya García, Milagros

Resumen: *El análisis de la satisfacción de los pacientes en hemodiálisis es muy útil para diseñar una estrategia de mejora, sobre todo en aquellos aspectos dependientes del personal de enfermería.*

Con este estudio podemos valorar como afecta al estado de ánimo y bienestar físico del paciente al realizar actividades musicales durante la sesiones de HD, así como determinar el grado de satisfacción del personal sanitario en la unidad de hemodiálisis del HGUCR y conocer los aspectos del proceso asistencial que generan mayor satisfacción e identificar oportunidades de mejora.

Palabras Clave: *Hemodiálisis; musicoterapia; bienestar.*

Introducción

La hemodiálisis es el tratamiento de sustitución de la función renal, en el cual mediante mecanismos de convección, osmosis y ultrafiltración, se elimina del cuerpo del paciente el exceso de líquido y toxinas que debido a la IRC no pueden eliminar.

Los pacientes suelen dializarse 3 días por semana, alrededor de 4 horas de tratamiento. Siempre tratamientos individualizados y seguidos tanto clínica como analitícamente por el servicio de Nefrología.

Objetivos

- Valorar como afecta al estado de ánimo y bienestar físico del paciente al realizar actividades musicales durante la sesiones de HD.
- Determinar el grado de satisfacción de dichos pacientes en relación a la atención recibida mediante una encuesta.
- Determinar el grado de satisfacción del personal sanitario en la unidad de hemodiálisis del HGUCR.
- Conocer los aspectos del proceso asistencial que generan mayor satisfacción e identificar oportunidades de mejora.

Material y métodos

- ***Ámbito:*** Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGUCR).
- ***Diseño:*** Estudio observacional, descriptivo, transversal de base poblacional, al profesional sanitario de dicha jornada y a todos los pacientes del turno de lunes, miércoles y viernes en turno de las 8 a.m, en tratamiento renal sustitutivo en la unidad de diálisis.
- ***Procedimientos:*** Se informa a los pacientes y el personal sanitario acerca del estudio y sus objetivos y se solicita su participación, mediante consentimiento escrito.

Tras la sesión se repartieron cuestionarios para valorar satisfacción tras dicha actividad. Los cuestionarios fueron cumplimentados por los pacientes y personal sanitario, en su domicilio. Siendo depositados en un buzón colocado para tal fin en la unidad. Garantizando en todo momento el anonimato de los pacientes.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Resultados

- Se estudió una muestra de 45 personas, 30 pacientes y 15 profesionales sanitarios. Con una media de edad de 62,5±25años.
- Se repartieron un total de 46 encuestas, con una tasa del 98,3% .Fue excluido un paciente del turno por no querer participar en el estudio.

Los atributos en los que los pacientes están menos satisfechos son:

- Que no se realicen este tipo de actividades más a menudo, haciendo el tratamiento de 4h de HD más pesado.
- Los pacientes no refirieron falta de atención por parte del personal sanitario mientras la actividad se realizaba.

Los aspectos más determinantes en la satisfacción de los pacientes son:

- Respecto al personal sanitario se les hizo la jornada más amena y percibieron menos complicaciones en los pacientes.
- Los pacientes refirieron “una idea innovadora, con menos complicaciones y tolerando mejor la sesión de HD”.
- Favorecer la comunicación de los pacientes con el personal sanitario.
- Tiempo en la sesión de HD más ameno.

En relación a las variables sociodemográficas de los pacientes (edad, sexo, estado civil, nivel de estudios y situación laboral), no encontramos significación estadística en relación con el nivel de satisfacción.

Aunque podemos observar que las personas que se encuentran más satisfechas los pacientes con edades comprendidas entre los 60 y 88 años. Y los menos satisfechos son los situados en el rango de 29 a 59 años.

Conclusiones

- El análisis de la satisfacción de los pacientes en hemodiálisis es muy útil para diseñar una estrategia de mejora, sobre todo en aquellos aspectos dependientes del personal de Enfermería.
- Los resultados extraídos de esta primera experiencia demuestran que la musicoterapia de tipo pasivo en su variante sedante, y en específico la selección música de tipo relajante constituye una excelente vía para amortiguar el estado de ansiedad presente en este tipo de pacientes durante el tratamiento de hemodiálisis, y con ello menos complicaciones , como pueden ser la hipotensión en la sesión.
- A partir de este estudio consideramos de utilidad incorporar nuevas selecciones musicales de este tipo y similares para comprobar su efectividad y variar luego de un tiempo la escucha de las mismas. Asimismo ya nos encontramos en condiciones de extender esta terapia a un universo mayor durante el tratamiento de hemodiálisis, ya que no se han objetivado los efectos negativos.
- Mejora relación y comunicación personal sanitario - paciente.
- Existe un alto grado de satisfacción en los pacientes en hemodiálisis de nuestra unidad con esta actividad.

Bibliografía

1. Hernández ME, Ochando A, Mora J, Lorenzo S, López K. Satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis: objetivo de calidad asistencial en enfermería. Rev Soc Esp Enferm Nefrol 2005; 8:90-96.
2. Mira JJ, Aranaz J, Rodríguez- Marín J. SERVQHOS: Un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. Med Preventiva. 1998; IV: 12-8.
3. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Med Clin (Barc) 2000; 114 (Supl 3): 26-33.

Capítulo 224

Síndrome de Burnout en personal sanitario de la residencia de ancianos "La Milagrosa"

Cervantes Torres, Laura

Martín Doimeadios Trujillo, Luis

Gomez Gutiérrez, María José

Moreno Trenado, Vanessa

SINDROME DE BURNOUT EN PERSONAL SANITARIO DE LA RESIDENCIA DE ANCIANOS "LA MILAGROSA"

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Burnout, síndrome de desgaste profesional, o síndrome de estar quemado en el trabajo ha sido definido en muchas ocasiones por diversos estudiosos, pero se puede considerar como definición general la respuesta al estrés crónico en el ámbito laboral que da como consecuencia síntomas psicosomáticos, conductuales, emocionales y cognitivos, y que suele darse en profesionales cuyo objeto de trabajo son las personas .

PALABRAS CLAVE: síndrome de Burnout, prevalencia y enfermería.

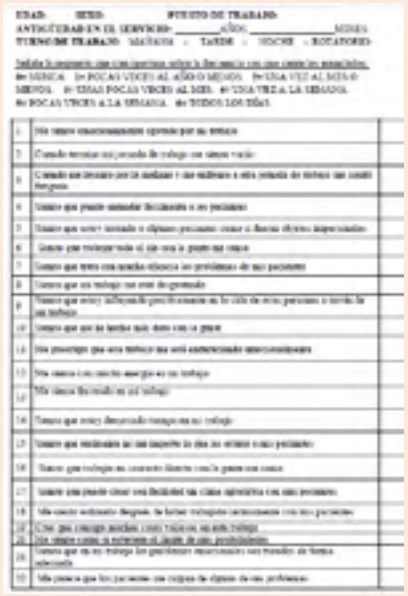
MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal realizado entre los meses de noviembre 2018 y marzo 2019, cuya muestra está formada por el personal de enfermería (3 enfermeras y 20 TCAE) de la residencia de ancianos La Milagrosa de Manzanares, Ciudad Real.

Se realizó en forma de encuesta para la cual se empleó un cuestionario totalmente anónimo y autoadministrado. Consta de una primera parte con datos sociodemográficos y una segunda parte con el cuestionario Maslach (Doc 1).

El cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) está formado por 22 ítems con formato tipo Likert de 0 (nunca) a 6 (siempre) mediante los cuales se mide el nivel de desgaste profesional. Actualmente se le conoce como Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS).

La valoración de los resultados de este estudio se llevó a cabo tomando como referencia los valores establecidos por Gil Monte y Peiro para la población sanitaria (Tabla 1).



DOC. 1

SUBESCALA	BAJO	MEDIO	ALTO
CANSANCIO EMOCIONAL	≤15	16-24	≥25
DESPERSONALIZACION	≤3	4-9	≥10
REALIZACIÓN PERSONAL	≥40	34-39	<34

Tabla 1



CONCLUSIONES

La prevalencia de Síndrome de Burnout es del 4% de los profesionales sanitarios. Además hay un 87% de riesgo de sufrirlo.

Los resultados obtenidos indican que el plano más afectado en el personal sanitario es la despersonalización. Algunos estudios consultados reflejan que la dimensión afectada en la mayoría de los casos es el cansancio emocional. En este caso los resultados son contrapuestos, y puesto que el tamaño de la muestra solo es referente a un determinado centro, no se deben extrapolar dichos datos.

Deber realizarse un tratamiento individual en los profesionales sanitarios que ya sufren este síndrome.

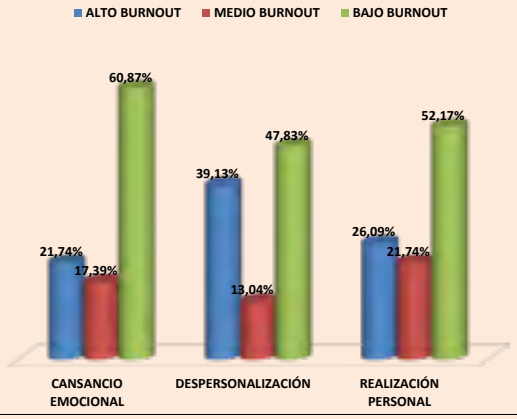
Es muy importante la prevención de Burnout evitando los factores de riesgo y realizando una buena educación para la salud de nuestros profesionales, ya que además de perjudicarles a ellos, repercute directamente en el cuidado de sus pacientes.

OBJETIVOS

El objetivo principal será evaluar el nivel de Síndrome de Burnout entre el personal de enfermería y los técnicos en cuidados auxiliares de la Residencia de Ancianos "La Milagrosa" de Manzanares, Ciudad Real.

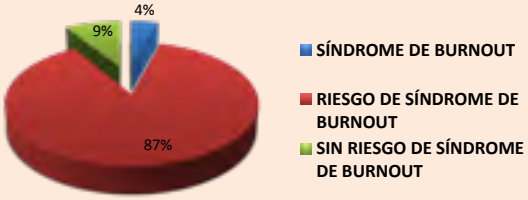
Como objetivo específico será valorar los planos afectados en los diferentes individuos que intervienen en nuestro estudio (cansancio emocional, despersonalización y realización personal).

RESULTADOS



VALORES CUALITATIVOS DE LAS DIMENSIONES DEL MBI					
	CANSANCIO EMOCIONAL	DESPERSONALIZACIÓN	REALIZACIÓN PERSONAL	%	FRECUENCIA
+ SÍNDROME DE BURNOUT -	ALTO	ALTA	BAJA	4,34%	1
	MEDIO	ALTA	MEDIA	4,34%	1
	MEDIO	ALTA	ALTA	4,34%	1
	ALTO	ALTA	ALTA	13,04%	3
	BAJO	ALTA	BAJA	4,34%	1
	ALTO	MEDIA	ALTA	4,34%	1
	BAJO	ALTA	ALTA	8,69%	2
	BAJO	BAJA	BAJA	21,7%	5
	MEDIO	BAJA	MEDIA	4,34%	1
	MEDIO	BAJA	ALTA	4,34%	1
	BAJO	MEDIA	ALTA	8,69%	2
	BAJO	BAJA	MEDIA	8,69%	2
	BAJO	BAJA	ALTA	8,69%	2

RIESGO SÍNDROME DE BURNOUT



BIBLIOGRAFÍA

-Casa Tacar PP, Rincón Rodríguez YZ, Vila Candel R. Síndrome de Burnout: Enfermedad silenciosa. Enfermería integral: Revista científica del colegio oficial de A.T.S de Valencia. Diciembre 2012; 100: 19-24.

-Frutos Martín M. Relación entre los modelos de gestión de recursos humanos y los niveles de estrés laboral y Burnout en los profesionales de enfermería de atención especializada. Tesis doctoral. Universidad de León; 2014.

-Gil-Monte PR, Peiró JM. Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) según el MBI-HSS en España. Rev Psicol Trab Org. 2000; 16 (2): 135-149.

Resumen: *El Síndrome de Burnout suele darse en profesionales cuyo objeto de trabajo son las personas. Por ellos hemos evaluado el nivel de Síndrome de Burnout entre el personal de enfermería y técnicos en cuidados auxiliares de la residencia de ancianos "La Milagrosa" de Manzanares. También hemos valorado los planos afectados en los diferentes individuos que intervienen en nuestro estudio: cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Para todo ello hemos empleado una encuesta anónima formada por, una primera parte con datos sociodemográficos y una segunda parte con el cuestionario Maslach Burnout Inventory.*

Palabras Clave: *Síndrome de Burnout; enfermería; prevalencia.*

Introducción

El síndrome de Burnout, síndrome de desgaste profesional, o síndrome de estar quemado en el trabajo ha sido definido en muchas ocasiones por diversos estudiosos, pero se puede considerar como definición general la respuesta al estrés crónico en el ámbito laboral que da como consecuencia síntomas psicosomáticos, conductuales, emocionales y cognitivos, y que suele darse en profesionales cuyo objeto de trabajo son las personas.

Objetivos

El objetivo principal será evaluar el nivel de Síndrome de Burnout entre el personal de enfermería y los técnicos en cuidados auxiliares de la Residencia de Ancianos "La Milagrosa" de Manzanares, Ciudad Real.

Como objetivo específico será valorar los planos afectados en los diferentes individuos que intervienen en nuestro estudio (cansancio emocional, despersonalización y realización personal).

Material y método

Estudio descriptivo transversal realizado entre los meses de noviembre 2018 y marzo 2019, cuya muestra está formada por el personal de enfermería (3 enfermeras y 20 TCAE) de la residencia de ancianos La Milagrosa de Manzanares, Ciudad Real.

Se realizó en forma de encuesta para la cual se empleó un cuestionario totalmente anónimo y autoadministrado. Consta de una primera parte con datos sociodemográficos y una segunda parte con el cuestionario Maslach. La encuesta sociodemográfica recoge los siguientes datos: edad, sexo, categoría profesional, antigüedad en el servicio y turno de trabajo.

El cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) está formado por 22 ítems con formato tipo Likert de 0 (nunca) a 6 (siempre) mediante los cuales se mide el nivel de desgaste profesional. Actualmente se le conoce como Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS).

La valoración de los resultados de este estudio se llevó a cabo tomando como referencia los valores establecidos por Gil Monte y Peiro para la población sanitaria, que divide en subescalas de: cansancio emocional (≤15 bajo Burnout, 16-24 medio y ≥25 alto Burnout, despersonalización (≤3 bajo Burnout, 4-9, medio y ≥10, alto Burnout) y realización personal (≥40, bajo Burnout, 34-39 medio Burnout y <34 alto Burnout).

ISBN: 978-84-949197-6-3

Resultados

Tras la recogida y análisis de los datos, vemos que en el cansancio emocional un 21,74% de la muestra tendría un alto Burnout, un 17,39% medio Burnout y un 60,87% bajo Burnout. Respecto a la despersonalización, un 39,13% de los profesionales obtuvo alto Burnout, un 13,04% medio Burnout y un 47,83% bajo Burnout. Dentro de la realización personal un 26,09% del personal sanitario obtiene un alto Burnout, un 21,74% medio Burnout y un 52,17% un bajo Burnout.

Analizando los valores cualitativos de las dimensionales del Maslach Burnout Inventory, destacamos que hay una mayor frecuencia de personal con bajo cansancio emocional baja despersonalización y baja realización personal, representando un 21,7%. Le sigue con un 13,04% un alto cansancio emocional, alta despersonalización y alta realización personal.

La prevalencia del Síndrome de Burnout en los profesionales de este centro sanitario es del 4%. Además hay un 87% de riesgo de que sufran este tipo de síndrome. Sólo un 9% de profesionales no tienen riesgo de presentar síndrome de Burnout.

Conclusiones

La prevalencia de Síndrome de Burnout es del 4% de los profesionales sanitarios. Además, hay un 87% de riesgo de sufrirlo. Los resultados obtenidos indican que el plano más afectado en el personal sanitario es la despersonalización.

Algunos estudios consultados reflejan que la dimensión afectada en la mayoría de los casos es el cansancio emocional. En este caso los resultados son contrapuestos, y puesto que el tamaño de la muestra solo es referente a un determinado centro, no se deben extrapolar dichos datos.

Deber realizarse un tratamiento individual en los profesionales sanitarios que ya sufren este síndrome. Es muy importante la prevención de Burnout evitando los factores de riesgo y realizando una buena educación para la salud de nuestros profesionales, ya que además de perjudicarles a ellos, repercute directamente en el cuidado de sus pacientes.

Bibliografía

1. Casa Tacar PP, Rincón Rodríguez YZ, Vila Candel R. Síndrome de Burnout: Enfermedad silenciosa. Enfermería integral: Revista científica del colegio oficial de A.T.S de Valencia. Diciembre 2012; 100: 19-24.
2. Frutos Martín M. Relación entre los modelos de gestión de recursos humanos y los niveles de estrés laboral y Burnout en los profesionales de enfermería de atención especializada. Tesis doctoral. Universidad de León; 2014.
3. Gil-Monte PR, Peiró JM. Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) según el MBI-HSS en España. Rev Psicol Trab Org. 2000; 16 (2): 135-149.

Capítulo 225

Síndrome de Ekbom en paciente con discapacidad intelectual

Lozano Díaz, Ana Isabel

Muñoz Romera, Silvia

Ruiz García, Jacinto

Heredia Villareal, María del Carmen

XI CONGRESO DE INVESTIGACIÓN -- SATSE Ciudad Real

SÍNDROME DE EKBOM EN PACIENTE CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Introducción

El síndrome de Ekbom o Delirio de parasitosis es un trastorno delirante en el cual la persona cree estar infectada por parásitos, hongos o insectos o tener infestaciones en su casa, la ideación delirante se acompaña por lo general de alucinaciones cinestésicas y visuales, siendo el deterioro funcional de quien las padece muy marcado.
Los pacientes suelen consultar primero a dermatólogos, entomólogos o incluso especialistas en plagas, llegando a llevar muestras en tarros vacíos o con polvo del domicilio.
El punto más difícil consiste en explicar al paciente el trastorno que sufre y su derivación a salud mental, al carecer de conciencia de enfermedad.
Si añadimos las dificultades que supone la atención a personas con discapacidad intelectual asociada, el adecuado diagnóstico y atención adquieren especial relevancia.
La depresión, la ansiedad y los trastornos psicóticos son comorbilidades frecuentes en discapacidad intelectual (31%).
El Síndrome de Ekbom se presenta a cualquier edad, siendo después de los 50 años más frecuente en mujeres (proporción de 2:1). La distribución es bimodal, con un pico entre los 20 y los 30 años y otro después de la quinta década de la vida. Más frecuente en población caucásica, con una incidencia anual de 20 casos/millón habitantes y una prevalencia de 80 casos/millón.
El presente trabajo hace referencia a un paciente con discapacidad intelectual que debutó con un cuadro de delirio en forma de parasitosis y que fue diagnosticado de este síndrome.
La enfermería juega un papel muy importante en la atención a personas con discapacidad intelectual, por su dificultad para comunicar la patología actual, lo que retrasa el diagnóstico y tratamiento de la misma.

Observación Clínica

Antecedentes personales:
Varón de 49 años institucionalizado, sin alergias medicamentosas conocidas, discapacidad intelectual moderada (incapacidad del 75%), deterioro de la movilidad física (uso de silla de ruedas) y dificultad en la comunicación verbal.
Síndrome de Lennox-Gastaut (status epiléptico con paro cardiaco en año 2000) ,hipotiroidismo, lentiginosis.
Inmunizaciones: Tétanos, VHB y gripe.
Tratado en varias ocasiones con antihistamínicos por prurito inespecífico y lesiones por rascado.

Acudió a Urgencias por ALUCINACIONES VISUALES DE ARAÑAS, HORMIGAS E INCLUSO LAGARTIJAS que le subían por el cuerpo de 2 días de evolución y gran agitación que desencadenaron alteraciones de conducta de difícil manejo.
Exploración física normal, eupneico y orientado, TA 146/80 mmhg, FC 60, FR 16, afebril.
ECG y RX sin alteraciones.
Tac craneal sin hallazgos patológicos ,que descartó origen neurológico.
Analítica: hematología: 8700 (segmentados 38%, linfos 51%), HB 15,7, plaquetas 175.
Coagulación: aTTP 45, resto normal.
Bioquímica: glucosa 90,creat 1,07, urea 31, FG 6,2, GOT 25, GPT 19, NA 141, K 4,7, Cl 106.
Orina: piuria y bacteriuria intensas, leucocitos+++
PCR 0,5.
Fue diagnosticado de cuadro confusional en contexto de infección urinaria ingresando en medicina interna para tratamiento sin mejoría del cuadro.
Se realizó interconsulta a psiquiatría por no remitir alucinaciones visuales. En entrevista se encontró lúcido, dificultad de abordaje por su discapacidad. Reconoció estar en el hospital, así como su lugar de residencia. Centralizó los síntomas en picor cuero cabelludo.
Se descartó infección urinaria como desencadenante del cuadro delirante, fue diagnosticado de SÍNDROME DE EKBOM y se inició tratamiento con pimozida (antipsicótico de primera generación) tras revisión de literatura.
La sintomatología disminuyó drásticamente. El paciente comentó: “SE HAN IDO”. Fue dado de alta tras 12 días de ingreso hospitalario.

Plan de cuidados enfermero

NECESIDADES VIRGINIA HENDERSON	DIAGNOSTICOS NANDA	NOC	NIC
IV. MOVILIZACIÓN	00085: Deterioro de la movilidad física	206: Movimiento articular activo 208:Nivel de movilidad 209: Función muscular	224: Terapia de ejercicios: movilidad articular 1800: Ayuda al autocuidado 4310: Terapia de actividad
V · REPOSO / SUEÑO	00095: Deterioro del Patrón de Sueño	3: Descanso	2380: Manejo de la medicación 6482: Manejo ambiental: confort
IX · SEGURIDAD	00130: Trastorno de los procesos de pensamiento 00146: Ansiedad 00148: Temor	1403: Control del pensamiento distorsionado 1402: Control de la ansiedad 1404: Control del miedo	6450: Manejo de ideas ilusorias 5270: Apoyo emocional 5820: Disminución de la ansiedad 5380: Potenciación de la seguridad
X · COMUNICACIÓN	00122: Trastorno de la percepción sensorial visual y cinestésica 00051: Deterioro de la Comunicación verbal	1403: Control del pensamiento distorsionado 900: Capacidad cognitiva 902: Capacidad de comunicación	4820: Orientación de la realidad 6450: Manejo de ideas ilusorias 6654: Vigilancia: seguridad 4920: Escucha activa 4976: Fomento de la comunicación: déficit del habla

Discusión y Conclusiones

El diagnóstico del síndrome de Ekbom en personas con discapacidad intelectual moderada- grave supone mayor complejidad debido a las dificultades que presentan para expresar sus síntomas y patología, generándoles un alto grado de ansiedad y frustración, pudiendo desencadenar alteraciones de conducta graves que se tratan inadecuadamente al no conocer la verdadera etiología del cuadro.

En este caso se trata de una discapacidad moderada que ha permitido un diagnóstico rápido, pudiendo proporcionar un plan de cuidados enfermeros y un tratamiento farmacológico efectivo, consiguiendo mantener al paciente asintomático, siendo esto más dificultoso a medida que aumenta el grado de discapacidad del paciente.

Una rápida detección y control de este cuadro delirante puede evitar muchos problemas y favorecer un abordaje terapéutico rápido de estas personas.
La enfermería tiene un papel fundamental tanto en la ayuda al diagnóstico y tratamiento de esta patología psiquiátrica , como en la elaboración de planes de cuidados en base a las necesidades específicas de cada individuo.
Deseamos llamar la atención a permanecer alertas ante pacientes que presenten prurito generalizado sin una causa médica definida especialmente en el caso de pacientes con dificultades en la comunicación o que sufran alteraciones en sus capacidades cognitivas o volitivas debido a discapacidad.

Resumen: *El síndrome de Ekbom o Delirio de parasitosis es un trastorno delirante en el cual la persona cree estar infectada por parásitos o tener infestaciones en casa, acompañándose de alucinaciones cinestésicas y visuales.*

Su diagnóstico en personas con discapacidad intelectual es complejo por sus limitaciones intelectuales y adaptativas ,generándoles gran ansiedad y alteraciones de conducta graves tratadas inadecuadamente al desconocerse la verdadera etiología.

Este trabajo hace referencia a un paciente con discapacidad intelectual que debutó con un cuadro de delirio en forma de parasitosis y que fue diagnosticado de este síndrome.

Palabras Clave: *Delirio de parasitosis; discapacidad intelectual; antipsicóticos.*

Introducción

El síndrome de Ekbom es un trastorno delirante en el cual la persona cree estar infectada por parásitos, hongos o insectos o tener infestaciones en su casa, la ideación delirante se acompaña por lo general de alucinaciones cinestésicas y visuales, siendo el deterioro funcional de quien las padece muy marcado.

Los pacientes suelen consultar primero a dermatólogos, entomólogos o incluso especialistas en plagas, llegando a llevar muestras en tarros vacíos o con polvo del domicilio.

El punto más difícil consiste en explicar al paciente el trastorno que sufre y su derivación a salud mental, al carecer de conciencia de enfermedad.

Si añadimos las dificultades que supone la atención a personas con discapacidad intelectual asociada, el adecuado diagnóstico y atención adquieren especial relevancia.

La depresión, la ansiedad y los trastornos psicóticos son comorbilidades frecuentes en discapacidad intelectual (31%) . El Síndrome de Ekbom se presenta a cualquier edad, siendo después de los 50 años más frecuente en mujeres (proporción de 2:1). La distribución es bimodal, con un pico entre los 20 y los 30 años y otro después de la quinta década de la vida. Más frecuente en población caucásica, con una incidencia anual de 20 casos/millón habitantes y una prevalencia de 80 casos/millón.

La enfermería juega un papel muy importante en la atención a personas con discapacidad intelectual, por su dificultad para comunicar la patología actual, lo que retrasa el diagnóstico y tratamiento de la misma.

El presente trabajo hace referencia a un paciente con discapacidad intelectual que debutó con un cuadro de delirio en forma de parasitosis y que fue diagnosticado de este síndrome.

Observación clínica

- Antecedentes personales: Varón de 49 años institucionalizado, sin alergias medicamentosas conocidas, discapacidad intelectual moderada (incapacidad del 75%), Deterioro de la movilidad física (uso de silla de ruedas) y dificultad en la comunicación verbal.
- Síndrome de Lennox-Gastaut (status epiléptico con paro cardiaco en año 2000), hipotiroidismo, lentiginosis.

ISBN: 978-84-949197-6-3

- Inmunizaciones: Tétanos, VHB y gripe.
- Tratado en varias ocasiones con antihistamínicos por prurito inespecífico y lesiones por rascado.
- Acudió a Urgencias por alucinaciones visuales de arañas, hormigas e incluso lagartijas que le subían por el cuerpo de 2 días de evolución y gran agitación que desencadena alteraciones de conducta de difícil manejo.
- Exploración física normal, eupneico y orientado, TA 146/80 mmhg, FC 60, FR 16, afebril.
- ECG y RX sin alteraciones.
- TAC craneal sin hallazgos patológicos ,que descartó origen neurológico.
- Analítica: Hematología: 8700 (segmentados 38%, linfos 51%), HB 15,7, plaquetas 175.
- Coagulación: aTTP 45, resto normal.
- Bioquímica: Glucosa 90,creat 1,07, urea 31, FG 6,2, GOT 25, GPT 19, NA 141, K 4,7, Cl 106.
- Orina: Piuria y bacteriuria intensas, leucocitos+++
- PCR 0,5.

Fue diagnosticado de cuadro confusional en contexto de infección urinaria ingresando en medicina interna para tratamiento sin mejoría del cuadro.

Se realizó interconsulta a psiquiatría por no remitir alucinaciones visuales. En entrevista se encontró lúcido, dificultad de abordaje por su discapacidad. Reconoció estar en el hospital, así como su lugar de residencia. Centralizó los síntomas en picor del cuero cabelludo.

Se descartó infección urinaria como desencadenante del cuadro delirante, con la sospecha de SÍNDROME DE EKBOM y se inició tratamiento con pimozida (antipsicótico de primera generación) tras revisión de literatura.

La sintomatología disminuyó drásticamente tras tratamiento indicado.

El paciente comentó: *"SE HAN IDO"*. Fue dado de alta tras 12 días de ingreso hospitalario.

Plan de cuidados enfermero

Se realizó el siguiente plan de cuidados según las necesidades de Virginia Henderson y nomenclaturas NANDA, NOC y NIC.

Necesidades Virginia Henderson:

IV Movilización.

V Reposo / Sueño.

IX Seguridad.

X Comunicación.

Diagnósticos NANDA:

00085: Deterioro de la movilidad física.

00095: Deterioro del patrón de sueño.

00130: Trastorno de los procesos de pensamiento.

00146: Ansiedad.

00148: Temor.

00122: Trastorno de la percepción sensorial visual y cinestésica.

00051: Deterioro de la comunicación verbal.

Se desarrollan las actividades correspondientes a los objetivos planteados

Discusión y conclusiones

El diagnóstico del síndrome de Ekbom en personas con discapacidad intelectual moderada- grave supone mayor complejidad debido a las dificultades que presentan para expresar sus síntomas y patología, generándoles un alto grado de ansiedad y frustración, pudiendo desencadenar alteraciones de conducta graves que se tratan inadecuadamente al no conocer la verdadera etiología del cuadro.

En este caso se trata de una discapacidad moderada que ha permitido un diagnóstico rápido, pudiendo proporcionar un plan de cuidados enfermero y un tratamiento farmacológico efectivo, consiguiendo mantener al paciente asintomático, siendo esto más dificultoso a medida que aumenta el grado de discapacidad del paciente.

Una rápida detección y control de este cuadro delirante puede evitar muchos problemas y favorecer un abordaje terapéutico rápido de estas personas.

La enfermería tiene un papel fundamental tanto en la ayuda al diagnóstico y tratamiento de esta patología psiquiátrica , como en la elaboración de planes de cuidados en base a las necesidades específicas de cada individuo.

Deseamos llamar la atención a permanecer alertas ante pacientes que presenten prurito generalizado sin una causa médica definida especialmente en el caso de pacientes con dificultades en la comunicación o que sufran alteraciones en sus capacidades cognitivas o volitivas debido a discapacidad.

Bibliografía

1. Muñoz H, Bayona L. Síndrome de Ekbom: a propósito de un caso. Rev. Colombiana de Psiquiatría. 2015; 44(1): 61-65.
2. Moreno K, Ponce RM, Narváez V, Ubbelohde T. Síndrome de Ekbom. Dermatología Rev Mex. 2007;51:51-56.
3. Huergo Lora C, Férnandez García. Delirio de Ekbom. Psiquiatría Biológica. 2007; 14(6): 233-235.
4. Zamora Rodríguez FJ, Benítez Vega C, Calderón López P, Guisado Macías JA, Teva García MI, Sánchez-Waisen Hernández MR. Un caso de Síndrome de Ekbom. Psiquiatría Biológica. 2011; 18(1): 42-44.

Capítulo 226

Síndrome de Fragilidad en el anciano. Revisión sistemática

Perez Torija, María Ángela

Cabañas Molero, Ana María

Medina Armenteros, María Del Mar

SINDROME DE FRAGILIDAD EN EL ANCIANO. REVISION SISTEMATICA.

Autores: María Ángela Pérez Torija, Ana María Cabañas Molero y María del Mar Medina Armenteros .

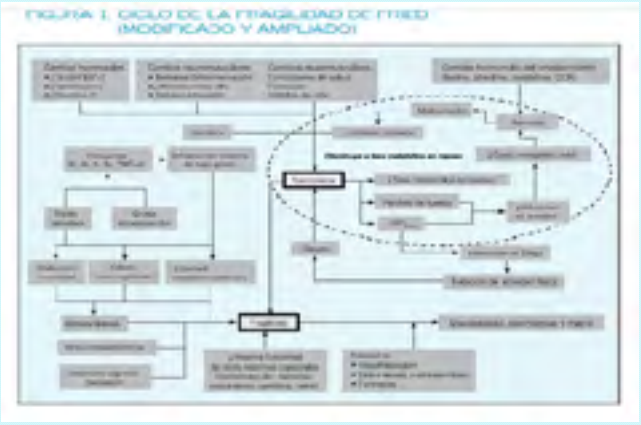
INTRODUCCION

Fragilidad es un estado asociado al envejecimiento. Se caracteriza por un estado de homeoestenosis, el cual se traduciría en un aumento del riesgo de incapacidad, una pérdida de la resistencia y una mayor vulnerabilidad a eventos adversos manifestada por mayor morbilidad y mortalidad.
La conciencia cada vez más común de la fragilidad en los asuntos humanos busca una explicación más profunda.
Varios informes emplean plataformas no tradicionales para generar un marco que se adapte a una serie de hallazgos experimentales.

OBJETIVOS

Determinar los signos y síntomas del síndrome de fragilidad

Determinar factores de riesgo asociados a la fragilidad



METODOLOGIA

Método

-Diseño: revisión bibliográfica
-Fuente: bases de datos pubmed y books google
-Palabras clave: fragilidad, geriatría y gerontología
-Artículos: encontrados 306 usados 4
-Análisis: Modelos dinámicos para el estudio de la fragilidad
-Criterio de inclusión y exclusión: artículos de los últimos 5 años. Se han descartado artículos por no estar completos. No se ha realizado exclusión de ningún idioma

Mecanismo de producción

1 Criterios médicos (presencia de enfermedades crónicas, alteración de la marcha, déficit sensoriales, mala auto percepción de salud, caídas a repetición, polifarmacia, hospitalizaciones frecuentes)
2 Criterios funcionales (dependencia en actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y dependencia en actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)
3 Criterios socioeconómicos (vivir solo, viudez reciente, edad >80 años, bajos ingresos económicos)
4 Criterios cognoscitivos/afectivos (depresión, deterioro cognitivo)
5 Criterio de necesitar institucionalización en hogares de larga estancia.

CICLO DE LA FRAGILIDAD DE FRIED (Modificado y ampliado Figura 1).

RESULTADO

Hay muchos estudios e instrumentos para medir la fragilidad

Índice de fragilidad de Mitnitski
Índice de fragilidad de Rockwood
Escala de fragilidad clínica
Indicador de fragilidad de Tilbur
Índice de fragilidad de Groningen
Instrumento SOF:
Cuestionario FiND
Escala del Rasgo de Fragilidad (ETES)

Fenotipo Fried: Linda Fried, publicó los resultados del seguimiento de 5317 persona mayores entre 65 y 101 años, seguidos por 4 y 7 años, parte del estudio de la cohorte de Cardiovascular Health Study, en quienes definió la *fragilidad* de acuerdo a la presencia de al menos 3 de 5 criterios: fatiga crónica autoreportada, debilidad, inactividad, disminución de la velocidad de la marcha y pérdida de peso.

En la actualidad para la inclusión hemos de valorar si el paciente es mayor de 80 años. -Vive solo -Pérdida reciente de su pareja (menos de 1 año). -Patología crónica invalidante. Fundamentalmente: ACV Cardiopatía isquémica Enfermedad de Parkinson O.C.F.A. Artrosis o Enfermedad osteoarticular avanzada Déficit auditivo o visual importantes. -Caídas -Polifarmacia. -Ingreso hospitalario en el último año -Demencia u otro deterioro cognitivo o depresión. -Deficiencia económica. -Insuficiente soporte social.

La presencia de uno o mas factores determinara si es un anciano con síndrome de fragilidad.

CONCLUSION

La fragilidad es un síndrome clínico que representa un continuo entre el adulto mayor saludable hasta aquel extremadamente vulnerable en alto riesgo de morir y con bajas posibilidades de recuperación.

Resumen: *Fragilidad es un estado asociado al envejecimiento. Se caracteriza por un estado de homeoestenosis. Este estado se traduciría en el individuo en un aumento del riesgo de incapacidad, una pérdida de la resistencia y una mayor vulnerabilidad a eventos adversos manifestada por mayor morbilidad y mortalidad.*

Queremos con esto determinar los signos y síntomas del síndrome de fragilidad así como los factores de riesgo asociados a ella

Palabras Clave: *Anciano; morbilidad; vulnerabilidad.*

Queriendo hacer una revisión bibliográfica usando bases de datos y encontrando 306 artículos usamos 4 de ellos para analizar los modelos dinámicos para el estudio de la fragilidad.

Todos compartían unos criterios médicos como presencia de enfermedades crónicas, alteración de la marcha, déficit sensoriales, mala auto percepción de salud, caídas a repetición, polifarmacia, hospitalizaciones frecuentes. Criterios funcionales como dependencia en ABVD y dependencia en AIVD. Criterios socioeconómicos como vivir solo, viudez reciente, edad >80 años, bajos ingresos económicos. Criterios cognoscitivos/afectivos como depresión y deterioro cognitivo. Criterio de necesitar institucionalización en hogares de larga estancia.

Bien en la actualidad para la inclusión hemos de valorar si el paciente es mayor de 80 años. -Vive solo -Pérdida reciente de su pareja (menos de 1 año). -Patología crónica invalidante. Fundamentalmente: ACV Cardiopatía isquémica Enfermedad de Parkinson O.C.F.A. Artrosis o Enfermedad osteoarticular avanzada Déficit auditivo o visual importantes. -Caídas -Polifarmacia. -Ingreso hospitalario en el último año -Demencia u otro deterioro cognitivo o depresión. -Deficiencia económica. -Insuficiente soporte social.

Lo cual determinara si presenta uno o mas de estos factores si es un anciano con síndrome de fragilidad.

Conclusión

La fragilidad es un síndrome clínico que representa un continuo entre el adulto mayor saludable hasta aquel extremadamente vulnerable en alto riesgo de de morir y con bajas posibilidades de recuperación.

Bibliografía

1. São Romão Preto L, Dias Conceição MDC, Figueiredo TM, Pereira Mata MA, Barreira Preto PM, Mateo Aguilar E. Enferm Clin . 2017 noviembre - diciembre; 27 (6): 339-345. doi: 10.1016 / j.enfcli.2017.06.004. Epub 2017 jul 29. Inglés, español
2. Bauer J, Biolo G, Cederholm T, et al. Evidence-based recommendations for optimal dietary protein intake in older people: a position paper from the PROT-AGE Study Group. J Am Med Dir Assoc 2013; 14:542-59.
3. Wei K, Nyunt MSZ, Gao Q, Wee SL, Ng TP. J Am Med Dir . Assoc . 1 de diciembre de 2017; 18 (12): 1019-1028. doi: 10.1016 / j.jamda.2017.06.017. Epub 2017 10 de agosto.

Capítulo 227

Síndrome de Goldenhar. Reconstrucción del pabellon auricular e implante osteointegrado en oido medio derecho

Ponce Cañizares, Elisabet

Muñoz Pinilla, Julia

CASO CLÍNICO: Síndrome de Goldenhar, reconstrucción del pabellón auricular e implante osteointegrado en oído medio derecho.

Introducción

El síndrome de Goldenhar o también llamado síndrome óculo-aurículo-vertebral, forma parte del espectro de anomalías del primer y segundo arco branquial. Se trata de una patología heterogénea y compleja caracterizada por anomalías oculares, auriculares, mandibulares y vertebrales, la cual es poco frecuente y cuya etiología permanece aún desconocida.
Este síndrome presenta un amplio espectro de manifestaciones clínicas congénitas detectables desde el periodo neonatal.
Las señales y los síntomas son muy variados y en 70% a 90% de los casos afectan solamente un lado (unilaterales). El lado derecho es el mas afectado.

El diagnóstico se hace según las señales y síntomas, no hay ningún examen específico. Se puede sospechar si una persona tiene combinaciones variables de asimetría facial, hipoplasia mandibular, apéndices o etiquetas pre-auriculares, orejas muy pequeñas (microtia), quistes dermoides, y / o problemas en los párpados superiores. Algunos afectados tienen síntomas muy leves que no se notan o solo tienen microtia sin otros problemas. La presencia de anomalías en las orejas se considera necesaria para el diagnóstico.

La enfermedad no tiene cura todavía. El tratamiento depende de la edad y de los problemas que la persona afectada tenga. Cada problema debe verse con tiempo y en las etapas apropiadas de crecimiento y desarrollo de los huesos de la cara.

Observación clínica

Paciente de 6 años llevada al hospital para segunda opinión.

Antecedentes: S.polimalformativo, atresia de esófago tipo III y fistula traqueoesofágica. Ectesia pielica . Microtia derecha. Parálisis facial derecha e hipoplasia maxilar y mandibular derecha. Portadora de PEG.

Pruebas diagnosticas:

- TC: atresia o estenosis membranosa de CAE derecho.
- Videofluoroscopia: tendencia a reflujo en relación con estenosis esofágica.
- TAC de peñascos: disminución del calibre de CAE derecho el cual se encuentra ocupado por tejido de partes blandas en relación a estenosis/atresia membranosa.
- ATL: OD VO 46 caída en 1000Hz VA 85db. OI VO 18db VA 38DB.

Diagnostico: Síndrome polimalformativo. Síndrome de Goldenhar (microtia derecha). Hipoacusia mixta derecha.

Tratamiento: cirugía con equipo de otorrino, maxilofacial y cirugía plástica. Consta de tres fases:

1. Extracción de cartílago costal e inserción del mismo en bolsillo temporal.
2. Se despega el neo-pabellón e injerto de piel posterior
3. Implante osteointegrado.

Plan de cuidados enfermeros

Datos del ingreso:
La paciente ingresa en hospitalización procedente de REA tras haberle realizado la primera fase explicada arriba y timpanoplastia. Presenta herida quirúrgica en oído derecho con capelina y herida quirúrgica en costilla derecha con apósitos limpios. Porta drenaje con vacío en oído derecho con escaso debito serohemático y PEG anterior al ingreso. Realiza un vomito y primera micción en REA, se encuentra adormilada.

Plan de cuidados:

- Controlar signos vitales
- Vigilar sangrado de heridas quirúrgicas
- Vigilar y cuantificar color y débito del drenaje
- Administración de STP, ATB y Analgesia
- Dar alimentación por PEG y realizar cuidados y mantenimiento de la misma
- Curar heridas quirúrgicas y colocación de capelina



A los 3 días se retira capelina y drenaje, tras buena evolución es dada de alta Unos meses más tarde es intervenida de nuevo para la segunda fase con alta y revisiones en consulta de especialistas. La paciente se encuentra pendiente de la tercera fase para poner el implanteosteointegrado.

Discusión y conclusiones

Como se aprecia en este caso clínico la paciente presenta mas malformaciones a otros niveles de las cuales ha sido intervenida, por ello es importante la identificación de signos clínicos-dismorfológicos desde el periodo neonatal, lo que permitiría un diagnóstico y un abordaje multidisciplinar temprano, intentando así mejorar en el pronóstico de los pacientes afectados.

Resumen: *El síndrome de Goldenhar es una patología compleja caracterizada por anomalías oculares, auriculares, mandibulares y vertebrales, la cual es poco frecuente y cuya etiología permanece aún desconocida.*

El diagnóstico se hace según las señales y síntomas, no hay ningún examen específico. Algunos afectados tienen síntomas muy leves o solo tienen microtia sin otros problemas. La presencia de anomalías en las orejas se considera necesaria para el diagnóstico.

La enfermedad no tiene cura. El tratamiento depende de la edad y de los problemas que la persona afectada tenga.

Se nos presenta un caso clinico con microtia derecha e hipoacusia mixta derecha.

Palabras Clave: *Síndrome de Goldenhar; pabellón auricular; microtia congénita.*

Introducción

El síndrome de Goldenhar o también llamado síndrome óculo-aurículo-vertebral, forma parte del espectro de anomalías del primer y segundo arco branquial. Se trata de una patología heterogénea y compleja caracterizada por anomalías oculares, auriculares, mandibulares y vertebrales, la cual es poco frecuente y cuya etiología permanece aún desconocida.

Este síndrome presenta un amplio espectro de manifestaciones clínicas congénitas detectables desde el periodo neonatal.

Las señales y los síntomas son muy variados y en 70% a 90% de los casos afectan solamente un lado (unilaterales). El lado derecho es el mas afectado.

El diagnóstico se hace según las señales y síntomas, no hay ningún examen específico. Se puede sospechar si una persona tiene combinaciones variables de asimetría facial, hipoplasia mandibular, apéndices o etiquetas pre-auriculares, orejas muy pequeñas (microtia), quistes dermoides, y / o problemas en los párpados superiores. Algunos afectados tienen síntomas muy leves que no se notan o solo tienen microtia sin otros problemas. La presencia de anomalías en las orejas se considera necesaria para el diagnóstico.

La enfermedad no tiene cura todavía. El tratamiento depende de la edad y de los problemas que la persona afectada tenga. Cada problema debe verse con tiempo y en las etapas apropiadas de crecimiento y desarrollo de los huesos de la cara.

Observación clínica

Paciente de 6 años llevada al hospital para segunda opinión.

Antecedentes: S.polimalformativo, atresia de esófago tipo III y fistula traqueoesofágica. Ectesia pielica . Microtia derecha. Parálisis facial derecha e hipoplasia maxilar y mandibular derecha. Portadora de PEG.

Pruebas diagnósticas:

- TC: Atresia o estenosis membranosa de CAE derecho.
- Videofluoroscopia: Tendencia a reflujo en relación con estenosis esofágica.

ISBN: 978-84-949197-6-3

- TAC de peñascos: Disminución del calibre de CAE derecho el cual se encuentra ocupado por tejido de partes blandas en relación a estenosis/atresia membranosa.
- ATL: OD VO 46 caída en 1000Hz VA 85db. OI VO 18db VA 38DB.

Diagnóstico: Síndrome polimalformativo. Síndrome de Goldenhar (microtia derecha). Hipoacusia mixta derecha.

Tratamiento: Cirugía con equipo de otorrino, maxilofacial y cirugía plástica. Consta de tres fases:

- Extracción de cartílago costal e inserción del mismo en bolsillo temporal.
- Se despega el neo-pabellón e injerto de piel posterior
- Implante osteointegrado.

Plan de cuidados enfermeros

Datos del ingreso: La paciente ingresa en hospitalización procedente de REA tras haberle realizado la primera fase explicada arriba y timpanoplastia. Presenta herida quirúrgica en oído derecho con capelina y herida quirúrgica en costilla derecha con apósitos limpios. Porta drenaje con vacío en oído derecho con escaso debito serohemático y PEG anterior al ingreso. Realiza un vomito y primera micción en REA, se encuentra adormilada.

Plan de cuidados:

- Controlar signos vitales.
- Vigilar sangrado de heridas quirúrgicas.
- Vigilar y cuantificar color y débito del drenaje.
- Administración de STP, ATB y analgesia.
- Dar alimentación por PEG y realizar cuidados y mantenimiento de la misma.
- Curar heridas quirúrgicas y colocación de capelina.

A los 3 días se retira capelina y drenaje, tras buena evolución es dada de alta Unos meses más tarde es intervenida de nuevo para la segunda fase con alta y revisiones en consulta de especialistas. La paciente se encuentra pendiente de la tercera fase para poner el implanteosteointegrado.

Discusión y conclusiones

Como se aprecia en este caso clínico la paciente presenta mas malformaciones a otros niveles de las cuales ha sido intervenida, por ello es importante la identificación de signos clínicos-dismorfológicos desde el periodo neonatal, lo que permitiría un diagnóstico y un abordaje multidisciplinar temprano, intentando así mejorar en el pronóstico de los pacientes afectados.

Bibliografía

1. Ballesta-Martínez MJ, López-González V, Dulcet LA, Rodríguez-Santiago B, Garcia-Miñaúr S, Guillen-Navarro E. Autosomal dominant oculoauriculovertebral spectrum and 14q23.1 microduplication. Am J Med Genet A. 2013;161A:2030-5.
2. Guzelmansur I, Ceylaner G, Ceylaner S, Ceylan N, Daplan T. Prenatal diagnosis of Goldenhar syndrome with unusual features by 3D ultrasonography. Genet Couns. 2013;24:319-25.
3. Goldenhar M. Associations malformatives de l›oeil et de l› oreille. J Genet Hum. 1952;1:243-82.

Capítulo 228

Síndrome de hiperestimulación ovárica

Ballesteros Muñoz, Miriam

Soriano Ramos, Irene

Castillo Carrión, Paula

Soriano Ramos, Marta

CASO CLÍNICO
SÍNDROME DE HIPERESTIMULACIÓN OVÁRICA (SHO)

Ballesteros M.; Soriano I.; Castillo P.

INTRODUCCIÓN

Actualmente los cambios sociales y la tendencia a retrasar la primera gestación conlleva un aumento en el número de parejas en edad reproductiva con dificultades para concebir. Indudablemente, los avances en técnicas de fertilidad y reproductividad han contribuido favorablemente en estos casos, sin embargo las técnicas y procedimientos empleados no están exentos de posibles complicaciones. Una de ellas es el síndrome de hiperestimulación ovárica (SHO).

Se trata de una complicación grave en mujeres sometidas a un tratamiento de fertilización el cual tiene como objetivo estimular el ovario para inducir la ovulación. Se asocia con la administración exógena de gonadotropinas y su incidencia en los ciclos de fecundación *in vitro* (FIV) varía entre el 0,6% y el 10%.

El SHO puede variar desde una sintomatología leve que únicamente da lugar al aumento del tamaño ovárico hasta situaciones clínicas que conllevan compromiso hemodinámico como consecuencia de un aumento de la permeabilidad capilar que provoca el desplazamiento de líquido y proteínas desde el espacio intravascular al tercer espacio. Esta disminución del volumen intravascular puede originar múltiples síntomas como hipotensión, hemorragias, oliguria, aumento de la viscosidad sanguínea o síndrome de distréss respiratorio agudo (SDRA) entre otros.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Mujer de 34 años que acude a urgencias por dolor, distensión abdominal y náuseas tras haber recibido tratamiento hormonal de estimulación ovárica pero sin haber implantado aún embriones. Peso al ingreso: 72,800 kg y perímetro abdominal: 97 cm. Tras valoración ginecológica se decide ingreso en planta. Se establece tratamiento basado principalmente en:

- Realizar balance hídrico (procurar ingestas hídricas <500ml/día)
- Control de peso y perímetro abdominal
- Reposo relativo
- Ecografías periódicas
- Analíticas de control (especial control del hematocrito, electrolitos y creatinina)
- Tratamiento farmacológico: analgésicos, antieméticos, diuréticos y albúmina.



Fig 1. Representación gráfica anatómica del SHO

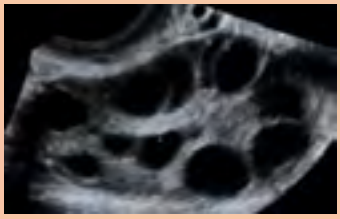


Fig 2. Ecografía ovárica del SHO

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS

NANDA	NOC	NIC
(00026) Exceso de volumen de líquidos R/C fallo de los mecanismos reguladores M/P oliguria y aumento de peso	(1628) Conducta de mantenimiento del peso (1841) Conocimiento: manejo del peso (0602) Hidratación (0503) Eliminación urinaria (0601) Equilibrio hídrico (1008) Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos (0802) Signos vitales	(5510) Educación sanitaria (4238) Flebotomía: muestra de sangre venosa (2009) Manejo de electrólitos: hiponatremia (0590) Manejo de la eliminación urinaria (2080) Manejo de líquidos/electrólitos (1260) Manejo del peso (6680) Monitorización de los signos vitales
(00124) Desesperanza R/C deterioro del estado fisiológico M/P afecto disminuido	(1302) Afrontamiento de problemas (2609) Apoyo familiar durante el tratamiento (0902) Comunicación (1404) Autocontrol del miedo (1209) Motivación (1212) Nivel de estrés	(7140) Apoyo a la familia (5250) Apoyo en la toma de decisiones (5310) Dar esperanza (4920) Escucha activa (5395) Mejora de la autoconfianza
(00146) Ansiedad R/C estrés y crisis situacional M/P insomnio y agitación	(1402) Autocontrol de la ansiedad (1823) Conocimiento: fomento de la salud (1822) Conocimiento: salud materna en la preconcepción (0003) Descanso (1309) Capacidad personal de recuperación	(5270) Apoyo emocional (5247) Asesoramiento antes de la concepción (5820) Disminución de la ansiedad (7170) Facilitar la presencia de la familia (7110) Fomentar la implicación familiar (6482) Manejo ambiental: confort (1850) Mejorar el sueño
(00134) Náuseas R/C trastornos bioquímicos M/P sensación nauseosa	(1618) Control de náuseas y vómitos (1608) Control de síntomas (3011) Satisfacción del paciente/usuario: control de los síntomas	(2314) Administración de medicación: intravenosa (IV) (2304) Administración de medicación: oral (2395) Control de la medicación (4235) Flebotomía: vía canalizada (1450) Manejo de las náuseas (1570) Manejo del vómito

DISCUSIÓN

En nuestro caso las complicaciones del SHO no llegaron al compromiso hemodinámicoa. Aplicando las pautas establecidas por facultativos y siguiendo el plan de cuidados enfermero se consiguió durante su estancia la mejoría de la situación. Durante los primeros días su peso y diámetro abdominal aumentaron y el balance hídrico era positivo, pero tras varios días de tratamiento y estricto control, tanto su peso como su perímetro abdominal se redujeron al momento del alta a valores de 71,100 kg y 95 cm respectivamente y su balance hídrico se normalizó; estando las entradas y salidas muy equilibradas. También se normalizaron los valores de hematocrito y el tamaño de sus ovarios se redujo.

También se consiguió aliviar el sentimiento de frustración y agotamiento de la propia paciente y de su familia, dejándola en las mejores condiciones para poder seguir con el proceso de fertilidad.

CONCLUSIÓN

Actualmente se han ensayado clínicamente diversos tratamientos para evitar la aparición del SHO pero por ahora no existe ninguna evidencia de que algún tratamiento pueda prevenirlo. Por tanto, sólo nos queda un correcto abordaje de la situación, contemplando no sólo el aspecto y características físicas del cuadro, sino abarcando también los condiciones psicológicas de la paciente y su entorno. Para conseguir los objetivos y la mejoría de la paciente, elaborar un buen plan de cuidados de enfermería es un pilar fundamental.

Como se puede observar el SHO es un cuadro complejo que presenta muchas necesidades de cuidados. Ante todo nos ha permitido organizar el trabajo enfermero, evitando pérdidas de información, sirviendo de guía y normalizando la práctica.

BIBLIOGRAFÍA

- B. Azcona, G. Campo, J. Zabaleta. (2009). "Síndrome de hiperestimulación ovárica". *An. Sist. Sanit. Navar*. Vol 32, suplemento 1
- C. Pérez Ortiz, L. Santana Cabrera, M. Galante Milicua y M. Sánchez-Palacios. (2010). *Síndrome de hiperestimulación ovárica severo: a propósito de un caso*. Gran canaria: Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912010000100011&lang=es [consulta: 05 de febrero 2019]
- Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud. 6ª Edición. 2018. Elsevier
- Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 7ª edición. 2018. Elsevier.
- Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. 1ª edición. 2015. Elsevier.

Sindicato de Enfermería

Resumen: *El síndrome de hiperestimulación ovárica (SHO) consiste en una respuesta exagerada del ovario frente a la administración exógena de gonadotropinas. La sintomatología de este síndrome puede variar desde un leve aumento de los ovarios hasta situaciones clínicas que conllevan un compromiso hemodinámico. En estas últimas situaciones, el papel de enfermería es fundamental, ya no sólo en el control de los síntomas físicos sino también de los psicológicos. El presente caso expone la situación de una mujer con sintomalogía tras la hiperestimulación ovárica, así como las acciones enfermeras llevadas a cabo hasta su recuperación.*

Palabras Clave: *Síndrome de hiperestimulación ovárica; fertilidad; gonadotropinas.*

Introducción

Actualmente los cambios sociales y la tendencia a retrasar la primera gestación conlleva un aumento en el número de parejas en edad reproductiva con dificultades para concebir. Indudablemente, los avances en técnicas de fertilidad y reproductividad han contribuido favorablemente en estos casos, sin embargo, las técnicas y procedimientos empleados no están exentos de posibles complicaciones. Una de ellas es el síndrome de hiperestimulación ovárica.

Se trata de una complicación grave en mujeres sometidas a un tratamiento de fertilización el cual tiene como objetivo estimular el ovario para inducir la ovulación. Se asocia con la administración exógena de gonadotropinas y su incidencia en los ciclos de fecundación in vitro (FIV) varía entre el 0,6% y el 10%.

Todas las mujeres sometidas a un tratamiento de fertilidad tienen riesgo de presentar los síntomas de la hiperestimulación ovárica. Sin embargo, existe una serie de factores de riesgo que pueden propiciar su aparición y que por tanto es conveniente tenerlos en cuenta. Entre ellos encontramos: edad joven (menos de 30 años), bajo peso corporal, síndrome de ovarios poliquísticos (SOP), instauración del embarazo (aún mayor si se trata de embarazo múltiple) o valores elevados de estradiol previos al inicio del tratamiento.

El SHO puede variar desde una sintomatología leve como el aumento de tamaño ovárico o el dolor abdominal bajo transitorio, hasta situaciones clínicas que conllevan compromiso hemodinámico como consecuencia de un aumento de la permeabilidad capilar; la cual provoca el desplazamiento de líquido y proteínas desde el espacio intravascular al tercer espacio. Esta disminución del volumen intravascular puede originar múltiples síntomas como hipotensión, hemorragias, oliguria, aumento de la viscosidad sanguínea o síndrome de distréss respiratorio agudo (SDRA) entre otros. Esta sintomatología suele aparecer entre los 3 y 10 días posteriores a la administración de las gonadotropinas.

Observación clínica

El presente caso clínico trata de una mujer de 34 años que acude a urgencias por dolor, distensión abdominal y náuseas tras haber recibido tratamiento hormonal de estimulación ovárica, pero sin haber implantado aún embriones. Su peso al ingreso era de 72,800 kg y su perímetro abdominal de 97 cm. Tras valoración ginecológica se decide ingreso en planta. Se establece un tratamiento basado principalmente en:

- Realizar balance hídrico.
- Control de peso y perímetro abdominal diario.
- Reposo relativo.

ISBN: 978-84-949197-6-3

- Ecografías periódicas.
- Analíticas de control (especial control del hematocrito, electrolitos y creatinina).
- Tratamiento farmacológico: analgésicos, antieméticos, diuréticos y albúmina.

Plan de cuidados

El papel de la enfermería en la atención a este tipo de pacientes tiene una gran importancia ya que no sólo consiste en tratar el ámbito físico, sino que detrás de todos los signos y síntomas provocados por el proceso de la hiperestimulación, se encuentra una mujer con preocupación y temor, pero sobre todo con un gran deseo de convertirse en madre.

Entre otros muchos, algunos de los diagnósticos principales a tratar serían; una parte como consecuencia directa de la hiperestimulación, como pueden ser el exceso de volumen de líquidos o las náuseas. Pero no debemos olvidar otra serie de diagnósticos fuera del ámbito físico que deben ser también prioritarios a tratar como la desesperanza, ansiedad o estrés.

Discusión

En este caso clínico concreto las complicaciones del SHO no llegaron al compromiso hemodinámico de la paciente. Aplicando las pautas establecidas por facultativos y siguiendo el plan de cuidados enfermero se consiguió durante su estancia la mejoría de la situación. Durante los primeros días su peso y diámetro abdominal aumentaron y el balance hídrico era positivo, pero tras varios días de tratamiento y estricto control, tanto su peso como su perímetro abdominal se redujeron al momento del alta a valores de 71,100 kg y 95 cm respectivamente y su balance hídrico se normalizó; estando las entradas y salidas muy equilibradas. También se normalizaron los valores de hematocrito y el tamaño de sus ovarios se redujo.

Así mismo se consiguió aliviar el sentimiento de frustración y agotamiento de la propia paciente y de su familia, dejándola en las mejores condiciones para poder seguir con el proceso de fertilidad.

Conclusión

Actualmente se han ensayado clínicamente diversos tratamientos para evitar la aparición del SHO pero por ahora no existe ninguna evidencia de que algún tratamiento pueda prevenirlo. Por tanto, sólo nos queda un correcto abordaje de la situación, contemplando no sólo el aspecto y características físicas del cuadro, sino abarcando también las condiciones psicológicas de la paciente y su entorno. Para conseguir los objetivos y la mejoría de la paciente, elaborar un buen plan de cuidados de enfermería es un pilar fundamental.

Como se puede observar el SHO es un cuadro complejo que presenta muchas necesidades de cuidados. Elaborar un buen plan de cuidados ante todo nos ha permitido organizar el trabajo enfermero, evitando pérdidas de información, sirviendo de guía y normalizando la práctica.

Bibliografía

1. B. Azcona, G. Campo, J. Zabaleta. (2009). “Síndrome de hiperestimulación ovárica”. An. Sist. Sanit. Navar. Vol 32, suplemento 1.
2. C. Pérez Ortiz, L. Santana Cabrera, M. Galante Milicua y M. Sánchez-Palacios. (2010). Síndrome de hiperestimulación ovárica severo: a propósito de un caso. Gran canaria: Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912010000100011&lang=es [consulta: 05 de febrero 2019].
3. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. 1ª edición. 2015. Elsevier.

Capítulo 229

Síndrome de Rasmussen. A propósito de un caso

Madueño Moreno, Silvia

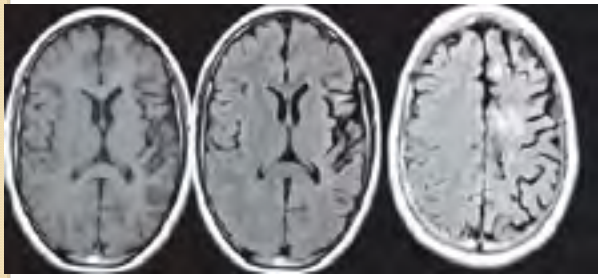
Madueño Moreno, José Luis

SINDROME DE RASMUSSEN. APROPOSITO DE UN CASO

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Rasmussen (SR) es un trastorno cerebral inflamatorio, crónico y progresivo que se manifiesta con crisis parciales continuas, las cuales suelen afectar a un hemicuerpo; además de un déficit neurológico que se presenta como retraso mental, hemiparesia la cual puede comprometer la marcha, disartria, disfasia, hemianopsia y trastornos psiquiátricos.
Las crisis epilépticas comienzan entre los 18 meses y 14 años, con una edad media de 7 años.
La etiología del SR aún no es conocida pero se postula un origen infeccioso debido a un virus lento o a un fenómeno autoinmune.
Debido a la resistencia farmacológica ante los anticomiciales, el manejo con inmunoglobulina, en la mayoría de los pacientes, demuestra una mejoría de la clínica y disminución de la progresión de la misma. A pesar del manejo con inmunoglobulina, el único manejo terapéutico que hasta la actualidad parece dar los mejores resultados, es la hemisferectomía.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Niña de 10 años de edad, en Septiembre de 2010, acude a urgencias por una crisis que tuvo un foco temporal dcho. Fue tratado con diferentes fármacos antiepilépticos sin llegar a controlar totalmente las crisis. Evolutivamente aparecieron crisis focales motoras con clonías en hemicara y hemicuerpo izdo. Con la edad de 12 años se produce un agravamiento de las crisis teniendo varias al día y más acentuadas por la noche. Tras estos episodios recibe tratamiento con diferentes fármacos: Clobazam, Levetiracetam, Oxcarbacepina, Clonazepam, Lacosamida. Inicia clonias continuas en comisura bucal y hemicara izda y MSI, desarrollando una hemiparesia izda. En esta situación se sospecha de encefalitis de Rasmussen. Se realiza resonancia magnética (RNM) obteniendo hemiatrofia cerebral con signos de alteración de la densidad cerebral, que junto con la clínica confirman el diagnostico. Se decide realizar una hemisferectomia en junio de 2013, en un segundo tiempo resección central y lobectomía temporal septiembre de 2013, tercer tiempo callostomia anterior y lobectomía frontal dcha en abril de 2014.
En la actualidad presenta crisis epilépticas a diario, de duración que oscilan entre los pocos segundos hasta un par de minutos. Cursan con ausencia y movimientos oculares (nistagmus).
Discapacidad intelectual CIT 54
Es portadora de férula en la mano izda y ortesis antiequino en pie izdo. Marcha basal con hemiparesia izda. Asimetría facial que impresiona de discreta debilidad en músculos de la mímica en la hemicara izda, más sutil al sonreír, no afecta al ojo. Fuerza en el hemicuerpo dcho conservada.
Está en tt° con: Depakine 700mg C/8h, brivaracetam 100 mg C/12h, fenitoina 200-100-200.





Plan de cuidados de enfermería

DIAGNOSTICO	NOC	NIC
- Trastorno de la imagen corporal (00118)	- **Imagen corporal** (1200).	- Potenciación de la imagen corporal (5220)
- Riesgo de caídas (00155)	- Conducta de seguridad: prevención de caídas (1909) - Estado de seguridad: caídas (1912)	- Prevención de caídas (6490) - Vigilancia: seguridad (6654)
- Déficit de actividades recreativas (00097)	- Implicación social (1503) - Participación en actividades de ocio (1604)	- Facilitar la autoresponsabilidad (4480) - Potenciación de la socialización (5100)
- Deterioro de la ambulación (00088)	- Ambular (0200)	- Terapia de ejercicios: ambulación (0221)
- Temor (00148)	- Control del miedo (1404) - Superación de problemas (1302)	- Apoyo emocional (5270) - Aumentar el afrontamiento (5230)

DISCUSION Y CONCLUSIONES

La enfermedad de Rasmussen es un trastorno cerebral inflamatorio, crónico y progresivo que se manifiesta con crisis focales motoras neocorticales resistentes al tratamiento y que culmina en un deterioro grave con hemiparesia, retraso cognitivo y afasia.
La etiología del SR aún no es conocida pero se postula un origen infeccioso debido a un virus lento o a un fenómeno autoinmune.
En el caso de nuestra paciente el inicio de la enfermedad fue a los 10 años, por lo que recuerda perfectamente como era su vida antes del comienzo de la enfermedad. El apoyo emocional es fundamental para la superación de los miedos. El nivel de deterioro de la movilidad va en aumento según progresa la enfermedad, con lo que los cuidados domiciliarios recomendados van encaminados al mantenimiento de la movilidad física y la seguridad tanto en la ambulación como en el riesgo de caídas para evitar lesiones en el momento de las crisis.

BIBLIOGRAFÍA
1. A. Carrillo Herranz, I. Sánchez Pérez, J.M. Aparicio Meix, C. Lozano Giménez, G. Roy Ariño, L.M.ª Villar Gimerans y L. Sánchez Muñoz. Síndrome de Rasmussen: una enfermedad autoinmune. An Pediatr (Barc) 2003;59(2):187-9
2. R. Caraballo, S. Tenembaum, R. Cersósimo, H. Pomata, C. Medina, A.M.ª Soprano, N. Fejerman. Síndrome de Rasmussen. REV NEUROL 1998; 26 (154): 978-983

Resumen: *La enfermedad de Rasmussen (SR) es un trastorno cerebral inflamatorio, crónico y progresivo que se manifiesta con crisis parciales continuas, suelen afectar a un hemicuerpo; además de déficit neurológico, hemiparesia, disartria, disfasia, hemianopsia y trastornos psiquiátricos. Las crisis epilépticas comienzan entre los 18 meses y 14 años, con una edad media de 7 años.*

Etiología: desconocida, posiblemente origen infeccioso o fenómeno autoinmune.

En el SR se da una resistencia farmacológica a los anticomiciales, las inmunoglobulinas producen una mejora de la clínica y frenan la progresión de la enfermedad. La terapia que parece dar los mejores resultados es la hemisterectomia.

Palabras Clave: *Síndrome de Rasmussen; crisis epilépticas; cuidados de enfermería.*

Observación clínica

Niña de 10 años de edad, en Septiembre de 2010, acude a urgencias por una crisis que tuvo un foco temporal dcho. Fue tratado con diferentes fármacos antiepilépticos sin llegar a controlar totalmente las crisis. Evolutivamente aparecieron crisis focales motoras con clonías en hemicara y hemicuerpo izdo. Con la edad de 12 años se produce un agravamiento de las crisis teniendo varias al día y más acentuadas por la noche. Tras estos episodios recibe tratamiento con diferentes fármacos: Clobazam, Levetiracetam, Oxcarbacepina, Clonazepam, Lacosamida. Inicia clonias continuas en comisura bucal y hemicara izda y MSI, desarrollando una hemiparesia izda. En esta situación se sospecha de encefalitis de Rasmussen. Se realiza resonancia magnética (RNM) obteniendo hemiatrofia cerebral con signos de alteración de la densidad cerebral, que junto con la clínica confirman el diagnostico. Se decide realizar una hemisferectomia en junio de 2013, en un segundo tiempo resección central y lobectomía temporal septiembre de 2013, tercer tiempo callostomia anterior y lobectomía frontal dcha en abril de 2014.

En la actualidad presenta crisis epilépticas a diario, de duración que oscilan entre los pocos segundos hasta un par de minutos. Cursan con ausencia y movimientos oculares (nistagmus).

Es portadora de férula en la mano izda y ortesis antiequino en pie izdo. Marcha basal con hemiparesia izda. Asimetría facial que impresiona de discreta debilidad en músculos de la mímica en la hemicara izda, más sutil al sonreír, no afecta al ojo. Fuerza en el hemicuerpo dcho conservada.

Está en tratamiento con: Depakine 700mg C/8h, brivaracetam 100 mg C/12h, fenitoina 200-100-200.

Plan de cuidados

- Trastorno de la imagen corporal (00118)

  NOC: Imagen corporal (1200)

  NIC: Potenciación de la imagen corporal (5220)

- Riesgo de caídas (00155)

  NOC: Conducta de seguridad: prevención de caídas (1909)

  Estado de seguridad: caídas (1912)

ISBN: 978-84-949197-6-3

NIC: Prevención de caídas (6490)

Vigilancia: seguridad (6654)

- Déficit de actividades recreativas (00097)

NOC: Implicación social (1503)

Participación en actividades de ocio (1604)

NIC: Facilitar la autoresponsabilidad (4480)

Potenciación de la socialización (5100)

- Deterioro de la deambulación (00088)

NOC: Ambular (0200)

NIC: Terapia de ejercicios: ambulación (0221)

- Temor (00148)

NOC: Control del miedo (1404)

Superación de problemas (1302)

NIC: Apoyo emocional (5270)

Aumentar el afrontamiento (5230)

Discusión y conclusiones

La enfermedad de Rasmussen es un trastorno cerebral inflamatorio, crónico y progresivo que se manifiesta con crisis focales motoras neocorticales resistentes al tratamiento y que culmina en un deterioro grave con hemiparesia, retraso cognitivo y afasia.

La etiología del SR aún no es conocida pero se postula un origen infeccioso debido a un virus lento o a un fenómeno autoinmune.

En el caso de nuestra paciente el inicio de la enfermedad fue a los 10 años, por lo que recuerda perfectamente como era su vida antes del comienzo de la enfermedad. El apoyo emocional es fundamental para la superación de los miedos. El nivel de deterioro de la movilidad va en aumento según progresa la enfermedad, con lo que los cuidados domiciliarios recomendados van encaminados al mantenimiento de la movilidad física y la seguridad tanto en la ambulación como en el riesgo de caídas para evitar lesiones en el momento de las crisis.

Bibliografía

1. A. Carrillo Herranz, I. Sánchez Pérez, J.M. Aparicio Meix, C. Lozano Giménez, G. Roy Ariño, L.M.ª Villar Gimerans y L. Sánchez Muñoz. Síndrome de Rasmussen: una enfermedad autoinmune. An Pediatr (Barc) 2003;59(2):187-9.
2. R. Caraballo, S. Tenembaum, R. Cersósimo, H. Pomata,C. Medina, A.M.ª Soprano, N. Fejerman. Síndrome de Rasmussen. REV NEUROL 1998; 26 (154): 978-983.
3. FA Rebolledo, CR García, DR Mares. Revista de investigación clínica, ISSN 0034-8376, Vol. 54, Nº. 3 (MAY-JUN), 2002, págs. 209-217.

Capítulo 230

Síndrome Gilles de la Tourette

Olmo Trujillo, Coral

Sánchez-Izquierdo Castellanos, Sonia

Mora Muñoz, Eduardo

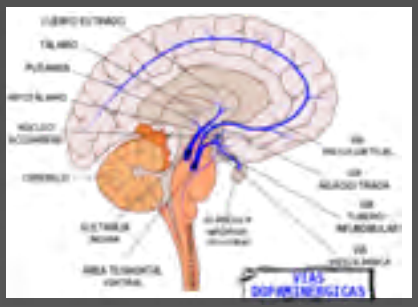
SÍNDROME DE GILLES DE LA TOURETTE

AUTORES

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de Gilles de la Tourette (SGT) es un trastorno del desarrollo neurológico caracterizado por múltiples tics motores y vocales, que aparecen en la infancia y a menudo se acompaña por alteraciones de la conducta. Este síndrome, descrito originalmente por el médico francés Georges Gilles de la Tourelle en 1885, se consideró durante mucho tiempo como una entidad/enfermedad rara, hasta que grandes estudios epidemiológicos mostraron que el 0.3-1% de los niños en edad escolar cumplen con los criterios diagnósticos para el trastorno. Aunque se estima que dos tercios de los pacientes mejoran en la edad adulta, este síndrome afecta a la calidad de vida.

Como causa principal se sugiere disfunción de las vías dopaminérgicas dentro del circuito corticoestriadocorticalfrontal.



OBJETIVOS:

•**GENERAL:**

- **Identificar las causas que generan el SD GILLES DE LA TOURETTE a través de la sintomatología que presentan los niños.**

•**ESPECÍFICOS:**

- **Dar a conocer la deficiencia que se presenta en el cerebro de los niños que padecen el SD.**
- **Identificar las edades en las que es más frecuente que se presente el SD de la Tourette.**
- **Puntualizar la sintomatología que se expresa en los pacientes(especialmente en los niños) que padecen el trastorno.**
- **Relacionar las repercusiones psico-sociales que se presentan en los niños y las consecuencias del SD en su desarrollo psicosocial.**

MATERIAL Y MÉTODO:

Se ha realizado una revisión bibliográfica:

•Bases de datos: CUIDEN, COCHRANE, PUBMED Y SCIELO.

•Tourette Syndrome Association.

•PALABRAS CLAVES: Enfermedad de Gilles de la Tourette, Trastorno de la Tourette, Síndrome de la Tourette, DMS, TICS, CIE.

RESULTADOS:

Para el diagnóstico precisamos de observación y anamnesis exhaustiva:

•Inicio promedio entre los 3 y 9 años.

•Presencia de tics durante mínimo12 meses.

•Tics no relacionados con otras enfermedades ni sustancias estimulantes.

•La mayoría de los pacientes sufren SD conductuales, los más relacionados son trastorno obsesivo-compulsivo y déficit de atención.

CONCLUSIONES:

Es una enfermedad de alta complejidad, un trastorno neuropsiquiatrico del desarrollo, por ello es importante diagnosticarla a tiempo. El SD tiene una importante base genética y suele haber antecedentes familiares. La socialización de una persona con el SD de Tourette no es nada fácil, debido a las afecciones psiquiátricas con las que se asocia.

El SD de Gilles de la Tourette es un trastorno que afecta a los paciente de por vida , limitando la calidad de vida del mismo.

Tenemos varias opciones para poder ayudar a nuestros pacientes:

• Tratamientos conductuales.

•Tratamientos farmacológicos, si los tics provocan dolor o lesión. Los más eficaces son los neurolépticos pero son mejor tolerados y usados los nuevos antidopaminergicos.



Resumen: *El síndrome de Guille de la Tourette es un trastorno neurológico que se caracteriza por múltiples tics motores y vocales. Aparece en la infancia y a menudo se acompaña en alteraciones de la conducta. Este síndrome suele mejorar en la edad adulta.*

Como causa principal de este síndrome se sugiere una disfunción de las vías dopaminérgicas dentro del circuito corticoestriadocorticalfrontal de los mecanismos cerebrales. Varios estudios dan gran importancia a factores ambientales como las infecciones y las enfermedades autoinmunitarias.

Palabras Clave: *Síndrome de Tourette; tics; dopamina.*

Introducción

El síndrome de Gilles de la Tourette (SGT) es un trastorno del desarrollo neurológico caracterizado por múltiples tics motores y vocales, que aparecen en la infancia y a menudo se acompaña por alteraciones de la conducta.

Este síndrome, descrito originalmente por el médico francés Georges Gilles de la Tourelle en 1885, se considero durante mucho tiempo como una entidad/enfermedad rara, hasta que grandes estudios epidemiológicos mostraron que el 0.3-1% de los niños en edad escolar cumplen con los criterios diagnósticos para el trastorno. Aunque se estima que dos tercios de los pacientes mejoran en la edad adulta, este síndrome afecta a la calidad de vida.

Objetivo

General: Identificar las causas que general el Síndrome de Gilles de la Tourette a partir de la sintomatología que se presenta en los niños.

Específicos:

- Dar a conocer la deficiencia que se presenta en el cerebro de los niños que padecen el Síndrome de Tourette.
- Identificar las edades en las que es más frecuente que se presente el Sindrome de Tourette.
- Puntualizar la sintomatología que se expresa en los pacientes (especialmente niños) que padecen el trastorno.
- Relacionar las repercusiones psico-sociales que se presentan en los niños al padecer el trastorno de Tourette y sus consecuencias en su desarrollo psicológico.

Resultados:

Para el diagnóstico precisamos una observación y una anamnesis exhaustiva:

- Comienza antes de los 18 años, con inicio promedio entre los 3 y 9 años de edad.
- Presencia de tics por lo menos durante 12 meses.
- Mínimo tener 2 tics motores y uno vocal.

ISBN: 978-84-949197-6-3

- Los tics no son causados por otras enfermedades ni sustancias estimulantes.
- La mayoría de estos pacientes también sufren síndromes conductuales, que complican considerablemente el cuadro clínico. Las enfermedades asociadas más frecuentes son trastornos obsesivos compulsivos y el trastorno con déficit de atención.

Conclusiones:

El síndrome de Tourette es conocido como la enfermedad de los tics; un trastorno no tan raro. Clínicamente, es una enfermedad de alta complejidad, un trastorno neuropsiquiatrico del desarrollo por tal motivo es importante diagnosticarlo a tiempo. El síndrome tiene una importante base genética y suele haber antecedentes familiares. Además de los tics, se presenta en comorbilidad con el ADD o el ADHA y el TOC. Un cuarto horizonte problemático es que puede aparece también asociado con otras afecciones psiquiátricas, como ansiedad y depresión. La socialización de un chico con síndrome de Tourette no es nada fácil; sin embargo, es fundamental que le sistema educativo los contenga y permita desarrollar sus talentos. Estos chicos pueden sobresalir porque, en líneas generales, su coeficiente intelectual es normal. Si bien no hay cura para el SGT, los síntomas se atenúan a través del tiempo y en muchas ocasiones tienden a desaparecer.

El síndrome de Gilles de la Tourette es un trastorno que afecta a los pacientes de por vida limitando la calidad de vida del mismo .

Se deben realizar una serie de actuaciones para poder ayudar a mejorar a nuestros pacientes:

- *Tratamientos conductuales:* Terapia de entrenamientos en el cambio de hábitos en los que el paciente puedas reconocer los impulsos premonitorios y así consiga modificar la respuesta a fin de retrasar o suprimir la expresión de los tics.
- *Tratamientos farmacológicos:* Se deben recetar si los tics causan molestias como dolor o lesión. Los más eficaces son los neurolépticos, por sus efectos extrapiramidales y metabolismos limitan su empleo. Mejorar tolerados y más usados son los nuevos antidopaminergicos.

Bibliografía

1. Fundació Tourette, Fundación Sindrome de Tourette [Internet]. Barcelona, España: Fundación Síndrome de Tourette [citado el 26 de febrero de 2016].
2. Khan A, Broadhead AE y Kolts RL. La sensibilidad relativa de la Montgomery - Asberg escala de calificación de la depresión, la escala de evaluación de depresión de Hamilton y la Impresión Clínica Global escala de evaluación en ensayos clínicos con antidepresivos: un análisis de la replicación. Int. Clin. Psycopharmacol. [Internet].2004, May. [Citado el 2 de julio de 2016]; 19(3): 157-160.
3. Marcelo C, ClaudiaT. Aripiprazole en el tratamiento sintomático del síndrome de Gilies de la Tourette (enfermedad de Tics). Rev. Méd. Chile. [Internet]. 2007. [citado el 9 de julio de 2016]; 135:773-776.

Capítulo 231

Síndrome nefrótico en paciente pediátrico

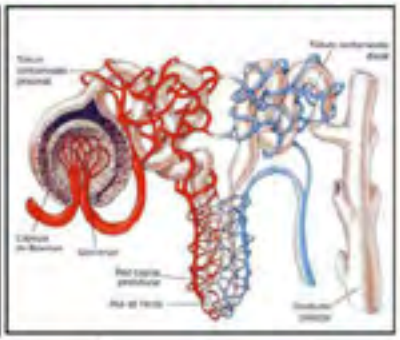
López Ramírez, María Dolores

SINDROME NEFROTICO EN PACIENTE PEDIATRICO

INTRODUCCIÓN

El Síndrome Nefrótico (SN) es la glomerulopatía primaria más frecuente en pediatría. Se caracteriza por proteinuria (>40 mg/m2/h), hipoalbuminemia (<2'5 g/dl), edema, dislipemia y alteraciones endocrinas. La lesión de los podocitos causa la pérdida de la permeabilidad selectiva de la barrera de filtración glomerular al paso de las proteínas. La histología más frecuente es la enfermedad de cambios mínimos (90% de SN en menores de 10 años); más frecuente en niños que en niñas (2:1), en adolescencia y adultos en igual proporción; máxima incidencia a los 3-5 años; 80% responden al tratamiento con corticoides; más de 2/3 presentan recaídas en los primeros 2 meses; la mayoría alcanzan la edad adulta en remisión completa.

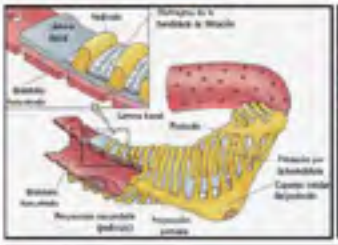


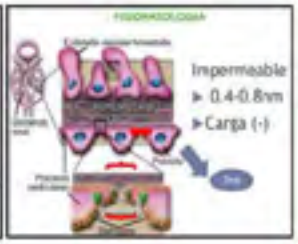


OBSERVACIÓN CLÍNICA

Niño de 3 años llevado a urgencias por edema en párpados(15 días de evolución),en miembros inferiores hasta las rodillas con fóvea y en escroto, aumento llamativo del peso en la última semana, dolor abdominal postprandial (diarrea 20 días antes); exantema maculopapular eritematoso diseminado y abdomen distendido y doloroso a la palpación de mesogastrio.

Se ingresa en Unidad de Pediatría para estudiarlo sospechándose SN.



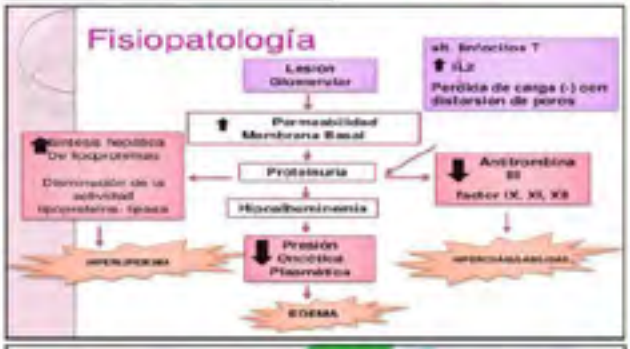


PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS

Se realiza por el personal de enfermería

-Al ingreso: Se toman constantes y medidas antropométricas (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de O2, peso, talla). Se pregunta por las alergias medicamentosas, alergias e intolerancias alimentarias y estado de vacunación. Se canaliza vía venosa periférica y se deja puesto suero glucosalino con bomba de perfusión a ritmo lento para mantener la vía. Se pide dieta sin sal y se le restringe la ingesta hídrica según indicación médica.

-Durante el ingreso: Se extrae sangre para analíticas. Se toman muestras de orina para analíticas, urocultivo y a diario y en cada turno, test de orina (Combur). Se realiza frotis faríngeo para tomar muestra para cultivo. A diario, a primera hora de la mañana, se pesa y se mide perímetro abdominal. Se toman constantes en cada turno (TA, FC, SatO2 y T°). Se realiza balance hídrico (control estricto de aporte de líquidos y diuresis) en cada turno. Se administra la medicación pautada. Se realiza educación sanitaria a los padres sobre la enfermedad, cuidados, uso de tiras reactivas de orina, signos clínicos y analíticos de recaídas, etc.



DISCUSIÓN

-Con las primeras pruebas practicadas al ingreso: analítica de sangre (albúmina 2'3 g/dl, CMV Ig G positivo) y orina (proteínas 556'6 mg/dl, creatinina 75'53 mg/dl, proteínas/creatinina 7'37), Combur (proteínas +++), ecografía abdominal-renal (sin hallazgos significativos), frotis faríngeo (normal), quedó confirmado el diagnóstico de Debut de SN.

-Se inició tratamiento (Tto) con: corticoides sistémicos (Metilprednisolona 60mg/m2 en dosis única, luego se disminuyó dosis), gastroprotección (Omeprazol), vitamina D, dieta hiposódica y restricción hídrica. Con el inicio de corticoterapia, se produjo descenso progresivo de proteinuria, creatinina en orina y cociente proteínas/creatinina (se confirmó el diagnóstico de SN corticosensible). Presentó proteinuria negativa los 4 días previos al alta.

-Los edemas en párpados, escroto y miembros inferiores evolucionaron favorablemente, desapareciendo por completo al 9º día de ingreso. El peso máximo lo alcanzó el 4º día (15'100 kg), descendiendo hasta el 8º día (15 kg), con peso al alta de 14'800 kg. El perímetro abdominal se midió a diario, el máximo 57'7 cm el 8º día, al alta 50 cm. Inicialmente la diuresis era escasa. El 6º día tuvo la máxima 6'7 ml/kg/h; se suspendió la restricción hídrica. El dolor abdominal postprandial intermitente que presentó durante los primeros días cedió sin necesidad de analgesia. Mantuvo adecuada tolerancia oral. Durante el ingreso permaneció afebril, hemodinámicamente estable y con valores tensionales normales.

-Tras 13 días ingresado, se dió de alta con este Tto : prednisolona, omeprazol, vitD, dieta hiposódica, tiras reactivas de orina para control de proteinuria en primera orina de la mañana y revisiones periódicas con su pediatra.

-Posteriormente sufrió 2 recaídas con proteinuria persistente, pese a buena cumplimentación del Tto indicado, coincidiendo con infecciones de vías respiratorias altas (la primera a las 4 semanas del debut), que obligaron a su ingreso para administración de Tto antibiótico y resolución de proteinuria con ajuste de corticoide hasta completar ciclo. Precisó consulta con Nefrólogo infantil para valorar que la función renal no se viera afectada por el Tto mantenido con corticoide.

















PROTOCOLO INICIAL DE TRATAMIENTO DEL SINDROME NEFRÓTICO

El tratamiento corticoideo se basa fundamentalmente en el protocolo del ISKDC con Prednisona (PRD)

Inicialmente, dosis de **60 mg/m2/día** (máximo 80 mg/día) durante **4-6 semanas** en la 1ª manifestación

- Manteniéndose la dosis hasta que la proteinuria haya desaparecido durante 2 semanas
- Situaciones de recaídas hasta alcanzar una proteinuria negativa durante 5 días consecutivos

Seguido en ambos casos **de 40 mg/m2/días alternos durante 4-6 semanas**

Posterior reducción de la dosis de PRD hasta su retirada en 6 semanas

CONCLUSIÓN

Todos los controles diarios, medidas dietéticas, cuidados, etc. , proporcionados, junto con la administración del Tto pautado, especialmente el corticoide, y la buena respuesta al mismo permitió la curación del paciente. El paciente tiene un SN corticosensible con recaídas por procesos intercurrentes. Precisa un seguimiento prolongado para determinar el pronóstico y la terapia adecuada. El objetivo es disminuir el número de recaídas, prolongar el periodo de remisión y minimizar la toxicidad de los fármacos.

Resumen: *En este trabajo se presenta el caso de un niño que a los 3 años debutó con un síndrome nefrótico. La intensa proteinuria, hipoalbuminemia y edemas iniciales fueron remitiendo tras su ingreso. La instauración de tratamiento con corticoide, los cuidados proporcionados, medidas dietéticas y controles diarios fueron efectivos y permitieron su curación. Sufrió 2 recaídas posteriormente que precisaron un seguimiento prolongado para determinar el pronóstico y la terapia adecuada.*

Palabras Clave: *Síndrome Nefrótico; proteinuria; corticoide.*

Introducción

El Síndrome Nefrótico (SN) es la glomerulopatía primaria más frecuente en pediatría. Se caracteriza por proteinuria (>40 mg/m^2/h), hipoalbuminemia ((<2'5 g/dl), edema, dislipemia y alteraciones endocrinas. La lesión de los podocitos causa la pérdida de la permeabilidad selectiva de la barrera de filtración glomerular al paso de las proteínas. La histología más frecuente es la enfermedad de cambios mínimos (90 % de SN en menores de 10 años); más frecuente en niños que en niñas (2:1), en adolescencia y adultos en igual proporción; máxima incidencia a los 3-5 años; 80 % responden al tratamiento con corticoides; más de 2/3 presentan recaídas en los primeros 2 meses; la mayoría alcanzan la edad adulta en remisión completa.

Observación clínica

Niño de 3 años llevado a urgencias por edema en párpados(15 días de evolución),en miembros inferiores hasta las rodillas con fóvea y en escroto; aumento llamativo del peso en la última semana; dolor abdominal postprandial(diarrea 20 días antes); exantema maculopapular eritematoso diseminado y abdomen distendido y doloroso a la palpación de mesogastrio.

Se ingresa en Unidad de Pediatría para estudiarlo sospechándose SN.

Plan de cuidados enfermeros

Se realiza por el personal de enfermería

- Al ingreso: Se toman constantes y medidas antropométricas (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de O2, peso, talla). Se pregunta por las alergias medicamentosas, alergias e intolerancias alimentarias y estado de vacunación. Se canaliza vía venosa periférica y se deja puesto suero glucosalino con bomba de perfusión a ritmo lento para mantener la vía. Se pide dieta sin sal y se le restringe la ingesta hídrica según indicación médica.

- Durante el ingreso: Se extrae sangre para analíticas. Se toman muestras de orina para analíticas, urocultivo y, a diario y en cada turno, test de orina (Combur). Se realiza frotis faríngeo para tomar muestra para cultivo. A diario, a primera hora de la mañana, se pesa y se mide perímetro abdominal. Se toman constantes en cada turno (TA, FC, SatO2 y Tª). Se realiza balance hídrico (control estricto de aporte de líquidos y diuresis) en cada turno. Se administra la medicación pautada. Se realiza educación sanitaria a los padres sobre la enfermedad, cuidados, uso de tiras reactivas de orina, signos clínicos y analíticos de recaídas, etc.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Discusión

- Con las primeras pruebas practicadas al ingreso: analítica de sangre (albúmina 2’3 g/dl, CMV Ig G positivo) y orina (proteínas 556’6 mg/dl, creatinina 75’53 mg/dl, proteínas/creatinina 7’37), Combur (proteínas +++), ecografía abdominal-renal (sin hallazgos significativos), frotis faríngeo (normal); quedó confirmado el diagnóstico de Debut de SN.
- Se inició tratamiento (Tto) con: Corticoides sistémicos (Metilprednisolona 60mg/m2 en dosis única, luego se disminuyó dosis), gastroprotección (Omeprazol), vitamina D, dieta hiposódica y restricción hídrica. Con el inicio de corticoterapia, se produjo descenso progresivo de proteinuria, creatinina en orina y cociente proteínas/creatinina (se confirmó el diagnóstico de SN corticosensible). Presentó proteinuria negativa los 4 días previos al alta.
- Los edemas en párpados, escroto y miembros inferiores evolucionaron favorablemente, desapareciendo por completo al 9º día de ingreso. El peso máximo lo alcanzó el 4º día (18’100 kg), descendiendo hasta el 8º día (15 kg), con peso al alta de 14’800 kg. El perímetro abdominal se midió a diario, el máximo 57’7 cm el 6º día, al alta 50 cm. Inicialmente la diuresis era escasa. El 6º día tuvo la máxima 6’7 ml/kg/h; se suspendió la restricción hídrica. El dolor abdominal postprandial intermitente que presentó durante los primeros días cedió sin necesidad de analgesia. Mantuvo adecuada tolerancia oral. Durante el ingreso permaneció afebril, hemodinámicamente estable y con valores tensionales normales.
- Tras 13 días ingresado, se dió de alta con este Tto: Prednisolona, omeprazol, vitD, dieta hiposódica, tiras reactivas de orina para control de proteinuria en primera orina de la mañana y revisiones periódicas con su pediatra.
- Posteriormente sufrió 2 recaídas con proteinuria persistente, pese a buena cumplimentación del Tto indicado, coincidiendo con infecciones de vías respiratorias altas (la primera a las 4 semanas del debut), que obligaron a su ingreso para administración de Tto antibiótico y resolución de proteinuria con ajuste de corticoide hasta completar ciclo. Precisó consulta con Nefrólogo infantil para valorar que la función renal no se viera afectada por el Tto mantenido con corticoide.

Conclusión

Todos los controles diarios, medidas dietéticas, cuidados, etc. , proporcionados, junto con la administración del Tto pautado, especialmente el corticoide, y la buena respuesta al mismo permitió la curación del paciente. El paciente tiene un SN corticosensible con recaidas por procesos intercurrentes. Precisa un seguimiento prolongado para determinar el pronóstico y la terapia adecuada. El objetivo es disminuir el número de recaídas, prolongar el periodo de remisión y minimizar la toxicidad de los fármacos.

Bibliografía

1. https://continuum.aeped.es/files/guias/Material_descarga_unidad_4_patologia_nefrologica.pdf.
2. https://enfamilia.aeped.es/temas-salud/sindrome-nefrotico.
3. www.sccalp.org/boletin/46_supl1/BolPediatr2006_46_supl1_019-023.pdf.

Capítulo 232

Situación nutricional de los pacientes ancianos hospitalizados

Martín Arévalo, María del Prado

Agudo Mosquera, Silvia Natalia

Sanz Estudillo, Francisca

Cubero Ruedas, Ana

Moreno Ruiz, Alicia

SITUACIÓN NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES ANCIANOS HOSPITALIZADOS

INTRODUCCIÓN

Mas de la mitad de la población atendida en los hospitales en nuestro país son ancianos y se estimá que más de un 30% aproximadamente de ellos presenta malnutrición en el momento del ingreso . Un estado nutricional deficiente conlleva un deterioro de la función renal, hepática, circulatoria y respiratoria así como una menor respuesta inmune celular y por ello aumento de la susceptibilidad para las complicaciones infecciosas . Con todo ello origina un notable aumento de la estancia hospitalaria, costes sanitarios y mortalidad . Frecuentemente la malnutrición pasa desapercibida ante los profesionales sanitarios. Numerosos trabajos ponen de manifiesto la necesidad de un diagnóstico precoz de la malnutrición.Por otro lado no se ha encontrado ningún parámetro analítico que de modo individual pueda ser considerado como un marcador suficientemente válido (sensible y específico) de malnutrición. Por ello, se ha propuesto que una valoración nutricional adecuada del anciano de incluir el empleo conjunto de variables antropométricas y analíticas . Aunque se ha observado que el deterioro funcional de los pacientes y la institucionalización son circunstancias asociadas con un incremento del riesgo de malnutrición al ingreso en el hospital, no está suficientemente claro cual es el perfil clínico y demográfico del anciano con desnutrición.

OBJETIVOS

OBJETIVO PPRINCIPAL
-Realizar una valoración el estado nutricional de los pacientes mayores de 70 años en el momento de su ingreso, estimar la prevalencia de malnutrición.
OBJETIVOS SECUNDARIOS
-identificar los factores clínicos, y socio-demográficos que se asocian a la presencia de malnutrición en el momento del ingreso.

METODOLOGÍA

En un primer paso se realiza una búsqueda de la literatura más reciente y relevante en las siguientes bases de datos: PubMed (MedLine), CINAHL, LILACS, SCIELO, HEALTHCARE y Google.
A continuación se diseñó un estudio descriptivo de corte transversal .Se incluyo en el estudio a todos los pacientes que ingresaron en nuestra unidad de hospitalización entre marzo y agosto (ambos inclusive).un grupo de pacientes mayores de 70 años que ingresaron en una unidad de hospitalización.
Se estimó la prevalencia de malnutrición al ingreso y se identificaron los potenciales factores de riesgo clínicos y demográficos asociados. La información se recogió a partir de la historia clínica, la exploración física y la realización de pruebas analíticas complementarias y también, mediante entrevistas con los pacientes o con los acompañantes.

VARIABLES DE ESTUDIO

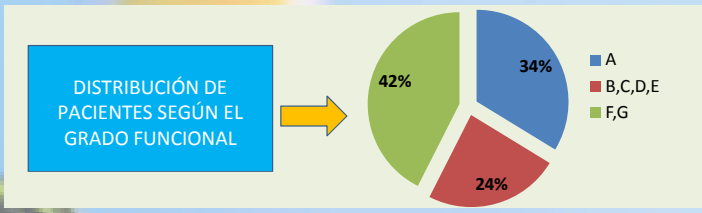
Se realizó una valoración inicial el primer día de ingreso hospitalario que incluía:
-Datos socio-demográficos, antecedentes personales y motivo principal de ingreso.
-Exploración física, incluyendo la medición del pliegue cutáneo tricipital y de la circunferencia braquial. No se determinó ni el peso ni el índice de masa corporal ya que una gran parte de los pacientes no podían mantener la bipedestación.
-Datos analíticos: mediante un hemograma y bioquímica general (que incluia entre otros parámetros el hematocrito, volumen corpuscular medio, recuento linfocitario en sangre periférica, albúmina plasmática, proteínas totales, ácido fólico, transferrina y LDL-colesterol).
-Mediante una entrevista con familiares y/o cuidadores se recabó información relacionada con el grado funcional del paciente(mediante el índice de Katz) y el tipo de dieta recomendada por su médico y su cumplimiento; así como la alimentación enteral mediante sonda nasogástrica.

Se consideró que un paciente padecía malnutrición proteino-energética si el pliegue tricipital o el perímetro braquial se situaba por debajo del percentil 10, para su edad y sexo, de la tabla de Alaustré (criterio antropométrico) y/o presentaba valores inferiores a la normalidad en al menos dos de los siguientes parámetros: albúmina plasmática (menor de 3,5 mg/dl), transferrina plasmática (menor de 150 mg/dl) o recuento linfocitario en sangre periférica (menor de 1500/mm3), constituyendo malnutrición según criterio analítico.

Las variables cuantitativas se expresan mediante la media y la desviación estándar. Las variables cualitativas, como la prevalencia de malnutrición, o la prevalencia de potenciales factores de riesgo de malnutrición se expresan mediante porcentajes. Para las medidas de prevalencia, y medidas de asociación (razones u odds ratios de prevalencia) se han calculado sus intervalos de confianza del 95%.

RESULTADOS

La media de edad de los 127 pacientes incluidos en el estudio fue de 84,0 ± 5,7 años, con un predominio de pacientes del sexo femenino (66%). Catorce pacientes (11.02%) procedían de residencias de ancianos.
La distribución de los pacientes según su grado funcional(índice de Katz):



Las enfermedades crónicas más prevalentes fueron las cardiopatías, la diabetes mellitus, insuficiencia cardiaca(IC), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), accidentes cerebro-vasculares, ACVA, Parkinson y neoplasias. Solamente 3 pacientes recibían alimentación por sonda nasogástrica (prevalencia = 2.36%).
En cuanto a los motivos principales del ingreso, en un 70.07% de los pacientes la causa principal fue una enfermedad infecciosa.

	VARONES	MUJERES
El valor medio del pliegue cutáneo tricipital	9,6 ± 5,4mm	18,2 ± 6,3 mm
El promedio de la circunferencia del brazo	23,2 ± 3,9 cm	27,1 ± 5,1 cm

El 16,83% de los pacientes tuvieron un pliegue tricipital inferior al percentil 10 y el 9.71% un valor inferior al percentil 10 en la circunferencia braquial.
Las mujeres con insuficiencia cardiaca congestiva presentaron una circunferencia del brazo (28,3 ± 3,7 cm) superior al resto de las mujeres. Sin embargo, los varones con insuficiencia cardíaca congestiva presentaron una circunferencia del brazo (23,4 ± 3,3 cm) de magnitud similar a los que no la padecían. El 77,09 % de los pacientes que ingresaron por insuficiencia cardíaca eran mujeres.
En cuanto a los valores analíticos que revelaron los sujetos del estudio, podemos destacar:

- El 78.02% de los pacientes presentaron un valor de albúmina plasmática inferior a 3.5mg/dl.
- El 39.85% tuvo una concentración de transferrina menor de 150 mg/dl.
- El 65.74% un recuento linfocitario en sangre periférica inferior a 1.500 células /mm3.

De tal modo que el 67,05% de los pacientes mostraron niveles inferiores a los normales en dos o más de los siguientes variables que se estudiaron.
Considerando las variables antropométricas y analíticas 77 pacientes presentaron malnutrición en el momento del ingreso. (prevalencia = 60,62%;).

CONCLUSIONES

En este momento no se dispone de ninguna variable que de manera aislada sea altamente sensible y específica para la detección de la desnutrición en ancianos, por lo que se acepta comúnmente que sea la conjunción de varias variables como el porcentaje de peso perdido, el pliegue tricipital, la circunferencia braquial, la albúmina, la prealbúmina o la transferrina, las que determinen la existencia de malnutrición.
Siendo los parámetros analíticos más sensibles que los antropométricos para detectar malnutrición en los pacientes ancianos. Entre las causas que se han postulado para explicar este hecho destacan los cambios en la distribución de la masa magra, de la masa hídrica total y de la grasa corporal que se produce en ancianos. La mayor circunferencia braquial en las pacientes con insuficiencia cardíaca, pudo ser el incremento del líquido extracelular que suelen presentar estos pacientes.
Aunque hubo más pacientes con malnutrición entre los procedentes de residencias de ancianos o con importante deterioro funcional, estas diferencias no alcanzaron significación estadística.
Entre los factores asociados a malnutrición, una vez ajustado por edad, mostró que la presencia de infección era el único factor asociado de forma independiente a la desnutrición.Al estar estimada la prevalencia de malnutrición en el momento del ingreso hospitalario, no podemos asegurar que la infección precediera a la malnutrición. No se puede descartar que la malnutrición sea el factor de riesgo de la infección y no al revés
En resumen, la prevalencia de malnutrición en los ancianos hospitalizados de más de 70 años, es muy elevada. La detección de malnutrición en la práctica habitual mediante parámetros antropométricos es dificultosa y poco sensible, y es más fácil identificarla mediante parámetros bioquímicos y hematológicos.

Bibliografía

1. Martí JM, Armadans L, Vaqué J, Segura F, Schwartz S. Malnutrición calóricoproteica y linfopenia como predictores de infección hospitalaria en ancianos. Med Clin (Barc) 2000; 116: 446- 50. [Links]
2. Lobo G, Pérez AJ, Mellado C, et al. Incidencia de desnutrición en ancianos hospitalizados. Nutr Hosp 2001; 16 (Supl. 1): 27-37. [Links]
3. Corish CA, Kennedy NP. Protein-energy undernutrition in hospital in-patients. Br J Nutr 2000; 83: 575-91. [Links]

Resumen: *Más de la mitad de la población atendida en los hospitales son ancianos y se estimá que más de un 30% aproximadamente de ellos presenta malnutrición en el momento del ingreso. Un estado nutricional deficiente conlleva un deterioro de la función renal, hepática, circulatoria y respiratoria así como una menor respuesta inmune celular y por ello aumento de la susceptibilidad para las complicaciones infecciosas. Con todo ello origina un notable aumento de la estancia hospitalaria, costes sanitarios y mortalidad. La malnutrición pasa desapercibida ante los profesionales sanitarios. Numerosos trabajos justifican la necesidad de un diagnóstico precoz de la malnutrición.*

Palabras Clave: *Anciano; desnutrición; hospitalización.*

Introducción

El estado nutricional de los ancianos esta íntimamente ligado a un deterioro multiorgánico y a un aumento de la susceptibilidad para las infecciones.

Objetivo

Nos propusimos realizar una valoración de los pacientes ancianos a su ingreso con la finalidad de estimar la prevalencia de malnutrición e identificar los factores clínicos y socio-demográficos que se asocian a la presencia de malnutrición.

Material y métodos

Se realizó una búsqueda de la literatura más reciente y relevante en las siguientes bases de datos, posteriormente se diseñó un estudio descriptivo de corte transversal. Se incluyó en el estudio a todos los pacientes mayores de 70 años que ingresaron en nuestra unidad entre marzo y agosto (ambos inclusive).

Se estimó la prevalencia de malnutrición al ingreso y se identificaron los potenciales factores de riesgo clínicos y demográficos asociados.

Se realizó una valoración inicial el primer día de ingreso hospitalario que incluía:

- Datos socio-demográficos, antecedentes personales y motivo principal de ingreso.
- Exploración física(medición del pliegue cutáneo tricipital y de la circunferencia braquia)l. No se determinó ni el peso ni el índice de masa corporal por no poder mantener la bipedestación.
- Datos analíticos: mediante un hemograma y bioquímica general (que incluía entre otros el hematocrito, volumen corpuscular medio, recuento linfocitario en sangre periférica, albúmina plasmática, proteínas totales, ácido fólico, transferrina y LDL-colesterol).

Mediante una entrevista con familiares o cuidadores se recabó información relacionada con el grado funcional del paciente(mediante el índice de Katz) y el tipo de dieta recomendada por su médico y su cumplimiento; así como la alimentación enteral mediante sonda nasogástrica.

Se consideró que un paciente padecía malnutrición proteino-energética si el pliegue tricipital o el perímetro braquial se situaba por debajo del percentil 10, para su edad y sexo, de la tabla de Alaus-

ISBN: 978-84-949197-6-3

tré (criterio antropométrico) y/o presentaba valores inferiores a la normalidad en al menos dos de los siguientes parámetros: albúmina plasmática (menor de 3,5 mg/dl), transferrina plasmática (< de 150 mg/dl) o recuento linfocitario en sangre periférica (< de 1500/mm3), constituyendo malnutrición según criterio analítico.

Aunque no se dispone de ninguna variable que de manera aislada sea altamente sensible y específica para la detección de la desnutrición en ancianos se acepta que sea la conjunción de varias variables como el porcentaje de peso perdido, el pliegue tricipital, la circunferencia braquial, la albúmina, la prealbúmina o la transferrina, las que determinen la eventual existencia de malnutrición. Siendo los parámetros analíticos más sensibles que los antropométricos para detectar malnutrición en los enfermos. Entre las causas que se han postulado para explicar este hecho destacan los cambios en la distribución de la masa magra, de la masa hídrica total y de la grasa corporal que se produce en ancianos. La mayor circunferencia braquial en las pacientes con insuficiencia cardíaca, pudo ser el incremento del líquido extracelular que suelen presentar.

Entre los factores asociados a malnutrición, una vez ajustado por edad, mostró que la presencia de infección era el único factor asociado de forma independiente a la desnutrición

Al estar estimada la prevalencia de malnutrición en el momento del ingreso hospitalario, no podemos asegurar que la infección precediera a la malnutrición. Por lo tanto, no se puede descartar que la malnutrición sea el factor de riesgo de la infección y no al revés, a pesar de que el incremento del catabolismo asociado a la infección en los días precedentes al ingreso haya podido jugar un papel trascendental en la mayor prevalencia de malnutrición.

En resumen, la prevalencia de malnutrición en los ancianos hospitalizados de más de 70 años, es muy elevada. La detección de malnutrición en la práctica habitual mediante parámetros antropométricos es dificultosa y poco sensible, y es más fácil identificarla mediante parámetros bioquímicos y hematológicos. Así mismo, los procesos infecciosos tan frecuentes en estos pacientes se asocian de forma independiente con la malnutrición probablemente como un fenómeno bidireccional.

Resultados

La media de edad de los 127 pacientes incluidos en el estudio fue de 84,0 ± 5,7 años, con un predominio del sexo femenino (66%). Catorce pacientes (11.02%) procedían de residencias.

La distribución de los pacientes según su grado funcional(índice de Katz):

- Más del 40% de los pacientes (45/105) se encontraban en estadio A.
- Un 35% que presentaban un deterioro grave del estado funcional (grado F o G del índice de Katz).
- 31 pacientes (30%) presentaban demencia avanzada.
- El resto de los enfermos presentaron grados funcionales intermedios.

Las enfermedades crónicas más prevalentes fueron las cardiopatías, la diabetes mellitus, insuficiencia cardiaca(IC), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), accidentes cerebro-vasculares, ACVA, Parkinson y neoplasias. Solamente 3 pacientes recibían alimentación por sonda nasogástrica (prevalencia = 2.36 %).

En cuanto a los motivos principales del ingreso, en un 70.07 % de los pacientes la causa principal fue una enfermedad infecciosa.

El 16,83 % de los pacientes tuvieron un pliegue tricipital inferior al percentil 10 y el 9.71% un valor inferior al percentil 10 en la circunferencia braquial.

En cuanto a los valores analíticos que revelaron los sujetos del estudio, podemos destacar:

- El 78.02 % de los pacientes presentaron un valor de albúmina plasmática inferior a 3.5mg/dl.
- El 39.85 % tuvo una concentración de transferrina menor de 150 mg/dl.
- El 65.74 % un recuento linfocitarioinferior a 1.500 células/mm^3.

De modo que el 67,05 % de los pacientes mostraron niveles inferiores a los normales en dos o más de las variables que se estudiaron.

Considerando las variables antropométricas y analíticas, 77 pacientes presentaron desnutrición en el momento del ingreso(prevalencia 60,62 %).

Bibliografía

1. Martí JM, Armadans L, Vaqué J, Segura F, Schwartz S. Malnutrición calóricoproteica y linfopenia como predictores de infección hospitalaria en ancianos. Med Clin (Barc) 2000; 116: 446-50. [Links].
2. Lobo G, Pérez AJ, Mellado C, et al. Incidencia de desnutrición en ancianos hospitalizados. Nutr Hosp 2001; 16 (Supl. 1): 27-37. [Links].
3. Corish CA, Kennedy NP. Protein-energy undernutrition in hospital in-patients. Br J Nutr 2000; 83: 575-91. [Links].

Capítulo 233

Terapia inhalatoria con cámara en pediatría: ¿Se realiza con técnica correcta?

Rodríguez López, Rosa María

Bastante Villaseñor, Raquel

Saucedo García, María Estrella

TERAPIA INHALATORIA CON CÁMARA EN PEDIATRÍA: ¿SE REALIZA CON TÉCNICA CORRECTA?

INTRODUCCIÓN

La utilización de la vía inhalatoria para la administración de fármacos actualmente es la primera vía de elección para el tratamiento de enfermedades pulmonares en pediatría, tanto agudas como crónicas tales como asma o bronquitis. Diversos estudios han señalado que el porcentaje de pacientes que no usan correctamente los inhaladores presurizados (tipo MDI) con cámara inhalatoria es elevado. Sin embargo, en España no se han llevado a cabo muchos estudios, y los que hay cuentan con escaso número de sujetos, principalmente en pacientes adultos, y reducido a aquellos que utilizaban el cartucho presurizado.

En la consulta de enfermería de neumología pediátrica son numerosos los pacientes que cuentan con tratamiento inhalatorio domiciliario; y debido a la edad, usan cámara inhalatoria para facilitar la administración. Tras conocer lo reflejado en los estudios anteriormente comentados, hemos querido evaluar la ejecución de la técnica que realizaban de forma domiciliaria nuestros pacientes, teniendo como referencia los pasos establecidos en la normativa SEPAR.

OBJETIVO

Evaluar la correcta ejecución de la técnica de inhalación con cámara inhalatoria en población pediátrica.

MATERIAL Y MÉTODO

El trabajo aquí expuesto está basado en un estudio descriptivo observacional con 336 niños a los que se les solicitó una demostración práctica del manejo del inhalador con cámara inhalatoria en la consulta de enfermería de neumología pediátrica. Se recogieron datos durante 9 meses. Se omite el periodo de recogida de datos para preservar el anonimato de los participantes. Se analizaron variables como el género, la edad, la técnica empleada en el uso de inhaladores con cámara de inhalación y si precisaron educación para la salud sobre dicha técnica.

Para el estudio se aplicó el programa SPSS para Windows. Se crearon dos grupos de estudio en relación a la edad; un primer grupo con edades comprendidas entre los 2 y los 7 años y un segundo grupo entre los 8 y los 14 años.

DISCUSIÓN

De los participantes en el estudio, entorno al 26% no realizaron una técnica correcta, por lo que necesitaron educación para la salud (EPS).

El 70% de los casos que necesitaron EPS por técnica incorrecta, el 70% eran niños menores de 7 años.

En cuanto al género, dentro de los participantes que no realizaron una técnica adecuada, el 72% fueron niños, mientras que el 28% fueron niñas.

CONCLUSIONES Y TRABAJO FUTURO

Llama la atención el número elevado de niños y niñas que, teniendo tratamiento domiciliario con inhaladores, no los usan de forma correcta en cuanto a la técnica empleada. Sobre todo aquellos que son menores de 7 años.

Por tanto, creemos interesante para un futuro identificar dentro de la técnica qué pasos son los más fallados para realizar una EPS dirigida a ellos. También creemos que podría ser importante realizar EPS a los padres y madres para que aprendan la técnica correcta con el fin de ayudar en el manejo de los inhaladores a sus hijos.

RESULTADOS







BIBLIOGRAFÍA

- Oca J, Ruiz MT, Cacicedo R, Gutierrez I, Amarán M, Pérez E. Evaluación de la utilización de la administración de fármacos mediante la técnica de inhalación. Enfermería Clínica. 2004;14(4):187-93.
- González MM, Montejo C, Gil M. Evaluación de la técnica inhalatoria y la adherencia al tratamiento con inhaladores en farmacia comunitaria. Pharm Care Esp. 2019:21(1):41-64.
- Benito E, Pérez M, Alijarde R, Benito B, García M, Bueno M. Evaluación sobre el uso incorrecto de los dispositivos de inhalación. NURE investigación. 2018:15(95)218.

Resumen: *En la consulta de enfermería de neumología pediátrica de nuestro hospital son numerosos los pacientes que cuentan con tratamiento inhalatorio domiciliario; y debido a la edad, usan cámara inhalatoria para facilitar la administración. Debido al tiempo que deben estar con estos tratamientos y la corta edad que tienen, hemos querido evaluar la ejecución de la técnica que realizaban de forma domiciliaria, teniendo como referencia los pasos establecidos en la normativa SEPAR.*

Palabras Clave: *Pediatría; administración por inhalación; nebulizadores e vaporizadores.*

Introducción

La utilización de la vía inhalatoria para la administración de fármacos actualmente es la primera vía de elección para el tratamiento de enfermedades pulmonares en pediatría, tanto agudas como crónicas tales como asma o bronquitis. Diversos estudios han señalado que el porcentaje de pacientes que no usan correctamente los inhaladores presurizados (tipo MDI) con cámara inhalatoria es elevado. Sin embargo, en España no se han llevado a cabo muchos estudios, y los que hay cuentan con escaso número de sujetos, principalmente en pacientes adultos, y reducido a aquellos que utilizaban el cartucho presurizado.

En la consulta de enfermería de neumología pediátrica son numerosos los pacientes que cuentan con tratamiento inhalatorio domiciliario; y debido a la edad, usan cámara inhalatoria para facilitar la administración. Tras conocer lo reflejado en los estudios anteriormente comentados, hemos querido evaluar la ejecución de la técnica que realizaban de forma domiciliaria nuestros pacientes, teniendo como referencia los pasos establecidos en la normativa SEPAR.

Material y método

El trabajo aquí expuesto está basado en un estudio descriptivo observacional con 336 niños a los que se les solicitó una demostración práctica del manejo del inhalador con cámara inhalatoria en la consulta de enfermería de neumología pediátrica. Se recogieron datos durante 9 meses. Se omite el periodo de recogida de datos para preservar el anonimato de los participantes. Se analizaron variables como el género, la edad, la técnica empleada en el uso de inhaladores con cámara de inhalación y si precisaron educación para la salud sobre dicha técnica.

Para el estudio se aplicó el programa SPSS para Windows. Se crearon dos grupos de estudio en relación a la edad; un primer grupo con edades comprendidas entre los 2 y los 7 años y un segundo grupo entre los 8 y los 14 años.

Objetivo

Evaluar la correcta ejecución de la técnica de inhalación con cámara inhalatoria en población pediátrica.

Resultados

De los participantes que realizaron la técnica delante del personal de enfermería para su valoración, el 26 % no realizó correctamente alguno de los pasos, por lo que la técnica utilizada no era la adecuada.

ISBN: 978-84-949197-6-3

De estos participantes que no hacían un uso correcto de la cámara inhalatoria, el 30% eran menores de 7 años, mientras que el 70% restante eran mayores de 7 años.

En relación al género de los que no realizaban la técnica correcta, cabe destacar que el 72% eran niños, frente al 28% que eran niñas.

Conclusiones

Llama la atención el número elevado de niños y niñas que, teniendo tratamiento domiciliario con inhaladores, no los usan de forma correcta en cuanto a la técnica empleada. Sobre todo aquellos que son menores de 7 años.

Por tanto, creemos interesante para un futuro identificar dentro de la técnica qué pasos son los más fallados para realizar una EPS dirigida a ellos. También creemos que podría ser importante realizar EPS a los padres y madres para que aprendan la técnica correcta con el fin de ayudar en el manejo de los inhaladores a sus hijos.

Bibliografía

1. Oca J, Ruiz MT, Cacicedo R, Gutierrez I, Amarán M, Pérez E. Evaluación de la utilización de la administración de fármacos mediante la técnica de inhalación. Enfermería Clínica. 2004;14(4):187-93.
2. González MM, Montejo C, Gil M. Evaluación de la técnica inhalatoria y la adherencia al tratamiento con inhaladores en farmacia comunitaria. Pharm Care Esp. 2019:21(1):41-64.
3. Benito E, Pérez M, Alijarde R, Benito B, García M, Bueno M. Evaluación sobre el uso incorrecto de los dispositivos de inhalación. NURE investigación. 2018:15(95)218.

Capítulo 234

Terapia láser para cicatrización de úlceras por presión

Sánchez Fuentes, Alicia

Risalde Santos, Blas Manuel

TERAPIA LÁSER PARA CICATRIZACIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN
XI CONGRESO SATSE INVESTIGACIÓN ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA.

SATSE

INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión son una de las patologías mas frecuentes, que en ocasiones, evolucionan torpidamente con un plan básico de cuidados. La inclusión dentro del protocolo habitual de curas del laser infrarrojo favorece la cicatrización de los procesos. La utilización conjunta de los conocimientos de Enfermería y Fisioterapia puede mejorar la recuperación y curación de nuestros pacientes. El protocolo asistencial de curas con laser va a necesitar una fluidez en la conexión interprofesional.

OBJETIVOS

- **Conocer el láser como técnica susceptible de utilizar en úlceras por presión y en heridas con pérdida de sustancia.**
- **Exponer de forma detallada un protocolo de curas original en base a la aplicación combinada y efectiva de las técnicas de enfermería y el laser en la resolución de estos procesos.**

METODOLOGÍA

La revisión bibliográfica se ha llevado a cabo mediante una búsqueda sistemática en las principales bases de datos electrónicas, tales como: PubMed y PEDro.
De los artículos encontrados, hemos acotado las búsquedas a artículos publicados a partir del año 2006 hasta la fecha, tanto en español como en inglés. Como criterios de búsqueda hemos utilizado los siguientes términos: laser therapy, scarring and pressure ulcer.
Al introducir el término laser therapy and scarring en PubMed, nos encontramos con 2940 artículos publicados en los últimos 10 años, si acotamos la búsqueda en ulceras por presión, obtenemos un resultado de 123 artículos. Tras combinar los términos laser therapy and pessure ulcer con el operador boleano AND, en los últimos 10 años hay publicados 60 artículos, de los cuales se incluyen 27 en el estudio por cumplir los siguientes criterios: eficacia del laser en la cicatrización de heridas con perdida de sustancia y ulceras por presión de evolución tórpida.

RESULTADOS

En todos los casos estudiados con este protocolo, se ha conseguido la resolución del 100% de los procesos. La etiología de las heridas sometidas a tratamiento ha sido variada (perdida traumática de sustancia, presión por encamamiento prolongado...) así como su morfología, presentando diámetros que oscilaban entre 2 y 4 cm los menores y 5 y 7 cm los mayores. La profundidad media se situó en 0,4cm.

El protocolo consta de las siguientes fases:

1ª Fase de Desbridamiento.

2ª Fase de Granulación: en este punto la secuencia del protocolo seria Limpieza de la herida con abundante suero fisiológico, Aplicación de Laser (se deposita en cada punto una energía de 12 julios, de emisión continua distinguiendo dos zonas:

- En el perímetro de la herida. Se efectúan disparos a 2-3 mm de la piel colocando la lente justo en la interfase entre el tejido sano y el lesionado. Se solaparan levemente los punto diana.
- En el interior de la herida: se aumenta la distancia del aplicador en la piel y se separan los puntos diana así la energía aportada es sensiblemente menor para evitar adversidades en la cicatrización. La aplicación de laserterapia se hará en días alternos).

3ª Fase de Epitelización.

El numero de sesiones para conseguir la cicatrización oscila entre 4y 8 aplicaciones(dependiendo tamaño y profundidad) con una media de 5,3 sesiones. Se realiza seguimiento con controles a las 3 y a los 6 meses, y **en ninguno de los casos se ha objetivado recidiva ni infecciones.**





CONCLUSIONES

El protocolo de curas con laser infrarrojos en el tratamiento de heridas con perdida de sustancia y ulceras por presión, constata su eficacia en la cicatrización de las mismas. Es por esta circunstancia por la que su aplicación debe ser tenida presente como herramienta importante.

De la revisión bibliografía se desprende una falta de ESTANDARIZACIÓN del procedimiento y protocolo de actuación. Por otro lado hay pocos protocolos de enfermería donde se utilice el laser infrarrojos.

Sería interesante difundir el conocimiento de esta técnica muy eficaz, así como los beneficios que produce, entre los distintos profesionales que intervienen en el proceso de curación de heridas.

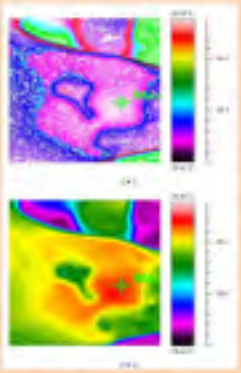
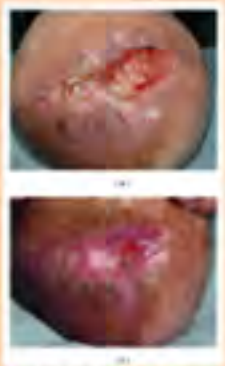


Imagen termográfica



Evolución cicatrización

BIBLIOGRAFÍA

- Effect of **laser therapy** on expression of angio- and fibrogenic factors, and cytokine concentrations during the healing process of human **pressure** ulcers. Taradaj J, Shay B, Dymarek R, Sopel M, Walewicz K, Beeckman D, Schoonhoven L, Gefen A, Rosińczuk J. Int J Med Sci. 2018 Jul 13;15(11):1105-1112. doi: 10.7150/ijms.25651. eCollection 2018.
- Effect of Laser Irradiation at Different Wavelengths (940, 808, and 658 nm) on Pressure Ulcer Healing: Results from a Clinical Study. Taradaj J, Halski T, Kucharzewski M, Urbanek T, Halska U, Kucio C. Evid Based Complement Alternat Med. 2013;2013:960240. doi: 10.1155/2013/960240. Epub 2013 Sep 12.

Resumen: *Las úlceras por presión son una de las patologías mas frecuentes, que en ocasiones, evolucionan torpidamente con un plan básico de cuidados. La inclusión dentro del protocolo habitual de curas del laser infrarrojo favorece la cicatrización de los procesos. La utilización conjunta de los conocimientos de Enfermería y Fisioterapia puede mejorar la recuperación y curación de nuestros pacientes. El protocolo asistencial de curas con laser va a necesitar una fluidez en la conexión interprofesional. El objetivo de esta revisón es Conocer el láser como técnica susceptible de utilizar en úlceras por presión y en heridas con pérdida de sustancia.*

Palabras Clave: *Laser úlceras; laserterapia; laser fisioterpia.*

Introducción

Las úlceras por presión son una de las patologías mas frecuentes, que en ocasiones, evolucionan torpidamente con un plan básico de cuidados. La inclusión dentro del protocolo habitual de curas del laser infrarrojo favorece la cicatrización de los procesos. La utilización conjunta de los conocimientos de Enfermería y Fisioterapia puede mejorar la recuperación y curación de nuestros pacientes. El protocolo asistencial de curas con laser va a necesitar una fluidez en la conexión interprofesional.

Objetivos

Conocer el láser como técnica susceptible de utilizar en úlceras por presión y en heridas con pérdida de sustancia.

Exponer de forma detallada un protocolo de curas original en base a la aplicación combinada y efectiva de las técnicas de enfermería y el laser en la resolución de estos procesos.

Metodología

La revisión bibliográfica se ha llevado a cabo mediante una búsqueda sistemática en las principales bases de datos electrónicas, tales como: PubMed y PEDro.

De los artículos encontrados, hemos acotado las búsquedas a artículos publicados a partir del año 2006 hasta la fecha, tanto en español como en inglés. Como criterios de búsqueda hemos utilizado los siguientes términos: laser therapy, scarring and pressure ulcer.

Al introducir el término laser therapy and scarring en PubMed, nos encontramos con 2940 artículos publicados en los últimos 10 años, si acotamos la búsqueda en ulceras por presión , obtenemos un resultado de 123 artículos. Tras combinar los términos laser therapy and pessure ulcer con el operador boleano AND, en los últimos 10 años hay publicados 60 artículos, de los cuales se incluyen 27 en el estudio por cumplir los siguientes criterios: eficacia del laser en la cicatrización de heridas con perdida de sustancia y ulceras por presión de evolución tórpida.

Resultados

En todos los casos estudiados con este protocolo, se ha conseguido la resolución del 100 % de los procesos. La etiología de las heridas sometidas a tratamiento ha sido variada (perdida traumá-

ISBN: 978-84-949197-6-3

tica de sustancia, presión por encamamiento prolongado…) así como su morfología, presentando diámetros que oscilaban entre 2 y 4 cm los menores y 5 y 7 cm los mayores. La profundidad media se situó en 0,4cm.

El protocolo consta de las siguientes fases:

- ***1ª Fase de desbridamiento.***
- ***2ª Fase de granulación:*** En este punto la secuencia del protocolo seria Limpieza de la herida con abundante suero fisiológico, Aplicación de Laser (se deposita en cada punto una energía de 12 julios, de emisión continua distinguiendo dos zonas:
    - En el perímetro de la herida. Se efectúan disparos a 2-3 mm de la piel colocando la lente justo en la interfase entre el tejido sano y el lesionado. Se solaparan levemente los punto diana.
    - En el interior de la herida: se aumenta la distancia del aplicador en la piel y se separan los puntos diana así la energía aportada es sensiblemente menor para evitar adversidades en la cicatrización. La aplicación de laserterapia se hará en días alternos).
- ***3ª Fase de epitelización.***

El numero de sesiones para conseguir la cicatrización oscila entre 4y 8 aplicaciones(dependiendo tamaño y profundidad) con una media de 5,3 sesiones. Se realiza seguimiento con controles a las 3 y a los 6 meses, y en ninguno de los casos se ha objetivado recidiva ni infecciones.

Conclusiones

El protocolo de curas con laser infrarrojos en el tratamiento de heridas con perdida de sustancia y ulceras por presión, constata su eficacia en la cicatrización de las mismas. Es por esta circunstancia por la que su aplicación debe ser tenida presente como herramienta importante.

De la revisión bibliografía se desprende una falta de estandarización del procedimiento y protocolo de actuación. Por otro lado hay pocos protocolos de enfermería donde se utilice el laser infrarrojos .

Sería interesante difundir el conocimiento de esta técnica muy eficaz, así como los beneficios que produce, entre los distintos profesionales que intervienen en el proceso de curación de heridas.

Bibliografía

1. Taradaj J, Shay B, Dymarek R, Sopel M, Walewicz K, Beeckman D, Schoonhoven L, Gefen A, Rosińczuk J. Effect of laser therapy on expression of angio- and fibrogenic factors, and cytokine concentrations during the healing process of human pressure ulcers. Int J Med Sci. 2018 Jul 13;15(11):1105-1112. doi: 10.7150/ijms.25651. eCollection 2018.
2. Taradaj J, Halski T, Kucharzewski M, Urbanek T, Halska U, Kucio C. Effect of Laser Irradiation at Different Wavelengths (940, 808, and 658 nm) on Pressure Ulcer Healing: Results from a Clinical Study. Evid Based Complement Alternat Med. 2013;2013:960240. doi: 10.1155/2013/960240. Epub 2013 Sep 12.

Capítulo 235

Terapias incretínicas y sus efectos normoglucemiantes en pacientes con DM2 y obesidad

García Seco, José Alberto

Seco Segura, Ángela María

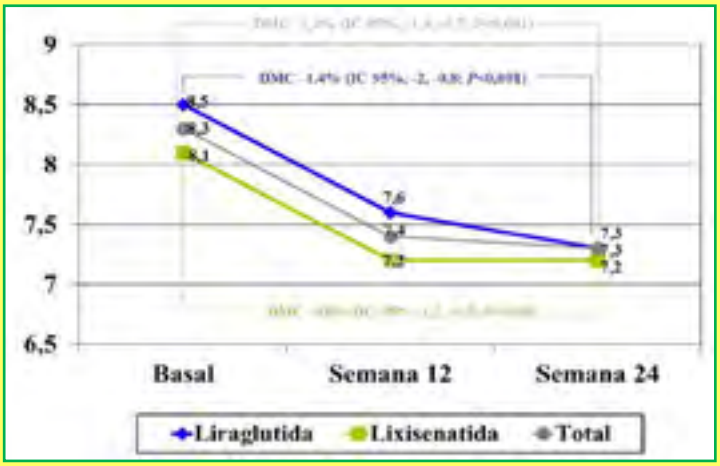
TERAPIAS INCRETÍNICAS Y SUS EFECTOS NORMOGLUCEMIANTES EN PACIENTES CON DM2 Y OBESIDAD

INTRODUCCIÓN: La hiperglucemia y la hemoglobina glicosilada (HbA1c), que se correlaciona con la concentración media de glucosa durante las últimas 8-12 semanas, intervienen en la incidencia y evolución de las complicaciones vasculares en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Así, un incremento del 1% de la HbA1c se asocia con un aumento del 18 y 19% de enfermedad cardiovascular e infarto agudo de miocardio, respectivamente. De ahí, la importancia crucial del estricto control de estos factores de riesgo. En este sentido, destacan las terapias basadas en el efecto incretina que potencia la secreción de insulina asociada a la vía oral y atribuido a unos péptidos, las incretinas, liberados a la circulación sistémica por células intestinales en respuesta a la ingesta de alimentos, ejerciendo diversas acciones glucorreguladoras. Liraglutida y lixisenatida son dos de los fármacos pertenecientes a este grupo.

OBJETIVO: Analizar los cambios en el HbA1c y la glucemia media capilar (GMC) tras 6 meses de tratamiento con liraglutida o lixisenatida.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo en pacientes con DM2 y obesidad, seguidos en las consultas externas de Endocrinología y Nutrición del Hospital General Universitario de Ciudad Real, durante un periodo de 6 meses. Los pacientes iniciaron tratamiento con liraglutida (n=50) o lixisenatida (n=50). Se analizaron parámetros analíticos como la HbA1c y la GMC.

RESULTADOS: A los 6 meses de tratamiento ambos grupos experimentaron un descenso significativo en los valores de HbA1c y GMC, sin encontrar diferencias significativas entre grupos.





**Evolución de los valores de HbA1c*

	Basal				Semana 24				DMC (IC 95 %; P)		
	Lira	Lixi	P	Total	Lira	Lixi	P	Total	Lira	Lixi	Total
GMC, mg/dL	194 ± 47	158 ± 2	0,01	175 ± 48	135 ± 27	131 ± 6	0,678	133 ± 26	-60; -90, -31; P<0,001	-24; -46, -2; P<0,033	-41; -59, -23; P<0,001

**Valores expresados en media ± DE. Lira, liraglutida; Lixi, lixisenatida; GMC, glucemia media capilar*

CONCLUSIONES: Los resultados confirman los efectos normoglucemiantes de estas terapias incretínicas, muy beneficiosos para la prevención de las complicaciones vasculares en el paciente con DM2 y obesidad, como demuestran los diferentes estudios realizados.

BIBLIOGRAFIA:

1. Selvin E, Coresh J, Golden SH, Brancati FL, Folson AR, Steffes MW. Glycemic control and coronary heart disease risk in persons with and without diabetes: the atherosclerosis risk in communities study. Arch Intern Med 2005; 165: 1910-6.
2. Kuusito J, Mykkanen L, Pyorala K, Laakso M. NIDDM and its metabolic control predict coronary heart disease in elderly subjects. Diabetes, 43 (1994), pp. 960-7.
3. McIntyre N, Holdsworth CD, Turner DS. Intestinal factors in the control of insulin secretion. J Clin Endocrinol Metab, 25(1965), pp. 1317-24.

Resumen: *Las terapias basadas en el efecto incretina, el cual potencia la secreción de insulina asociada a la vía oral y debido a unos péptidos, las incretinas, liberados a la circulación sistémica por células intestinales en respuesta de alimentos, ejercen diversas acciones glucorreguladoras. Liraglutida y lixisenatida son dos de los fármacos pertenecientes a este grupo. Realizaremos un estudio observacional prospectivo para valorar las diferencias en el control glucémico entre los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y obesidad tratados con liraglutida o lixisenatida en ambiente de práctica clínica habitual. Analisis estadístico con SPSS versión 12.0.*

Palabras Clave: *Terapias incretínicas; diabetes mellitus tipo 2; control glucémico.*

Introducción

La hiperglucemia y la hemoglobina glicosilada (HbA1c), que se correlaciona con la concentración media de glucosa durante las últimas 8-12 semanas, intervienen en la incidencia y evolución de las complicaciones vasculares en los pacientes con DM2. Así, un incremento del 1% de la HbA1c se asocia con un aumento del 18 y 19% de enfermedad cardiovascular e infarto agudo de miocardio, respectivamente. De ahí, la importancia crucial del estricto control de estos factores de riesgo. En este sentido, destacan las terapias basadas en el efecto incretina que potencia la secreción de insulina asociada a la vía oral y atribuido a unos péptidos, las incretinas, liberados a la circulación sistémica por células intestinales en respuesta a la ingesta de alimentos, ejerciendo diversas acciones glucorreguladoras.

Este efecto incretina es debido fundamentalmente a dos hormonas: el GLP-1 (glucagon-like peptide-1) secretado por las células L intestinales localizadas predominantemente en el íleon y colon y el GIP (glucose-dependent insulinotropic peptide o polipéptido inhibidor gástrico) secretado por las células K intestinales localizadas principalmente en el duodeno y el yeyuno. El GIP fue descubierto en 1971 y es un péptido de 42 aminoácidos con una semivida plasmática de 5-7 minutos al ser inactivado rápidamente por la enzima dipeptidil peptidasa 4 (DPP-4). El GLP-1 descubierto a principios de los años 80 es un péptido de 30-31 aminoácidos con una corta semivida de aproximadamente 2 minutos tanto en sujetos sanos como en pacientes diabéticos al ser igualmente degradado en la circulación por la misma enzima.

En los islotes pancreáticos se aumenta la síntesis y secreción de insulina de forma dependiente de la glucosa. El efecto incretina de GLP-1 esta mediado por la interacción de GLP-1 con su receptor localizado en la membrana celular de las células β . A su vez, los efectos insulinotrópicos de GLP-1 se reducen conforme las concentraciones plasmáticas de glucosa se acercan a valores normales. En estudios en animales se ha observado que aumenta la proliferación de las células β pancreáticas y disminuye su apoptosis, incrementando o preservando la masa celular β. En humanos, son escasos los estudios realizados para analizar la posible acción protectora de GLP-1 sobre estas células, por lo que no podemos afirmar en el momento actual que las terapias incretínicas tengan un efecto protector sobre el deterioro de la célula beta en pacientes con DM2. Actualmente hay puesto en marcha un ensayo clínico con una presentación anticipada de resultados en el congreso de la EASD 2013 que de mantenerse a largo plazo estos resultados sí podrían apoyar la teoría de que agentes antidiabéticos como las terapias incretínicas pueden proteger a la célula β e impedir su deterioro progresivo en los pacientes con DM2. Por otro lado, el GLP-1 disminuye la secreción de glucagón a

ISBN: 978-84-949197-6-3

nivel de las células α pancreáticas, lo que tiene un efecto beneficioso ya que los pacientes con DM2 tienen una elevación persistente de los niveles de glucagón que contribuye a la hiperglucemia tanto basal como postprandrial. A su vez, este efecto inhibitorio también depende de los niveles plasmáticos de glucosa por lo que la respuesta compensatoria del organismo aumentando la secreción de glucagón en situación de hipoglucemia no se ve alterada por el GLP-1 no aumentando así el riesgo de hipoglucemia. Estos mecanismos pancreáticos se complementan con un aumento de la sensibilidad periférica a la insulina y una disminución de la producción hepática de glucosa.

Liraglutida y lixisenatida son dos de los fármacos pertenecientes a este grupo terapeútico con efecto incretina.

Objetivos

Analizar los cambios en el HbA1c y la glucemia media capilar (GMC) tras 6 meses de tratamiento con liraglutida o lixisenatida.

Material y métodos

Estudio observacional prospectivo en pacientes con DM2 y obesidad, seguidos en las consultas externas de Endocrinología y Nutrición del Hospital General Universitario de Ciudad Real, durante un periodo de 6 meses. Los pacientes iniciaron tratamiento con liraglutida (n=50) o lixisenatida (n=50). Se analizaron parámetros analíticos como la HbA1c y la GMC.

Resultados

A los 6 meses de tratamiento ambos grupos experimentaron un descenso significativo en los valores de HbA1c y GMC, sin encontrar diferencias significativas entre grupos.

Conclusiones

Los resultados confirman los efectos normoglucemiantes de estas terapias incretínicas, muy beneficiosos para la prevención de las complicaciones vasculares en el paciente con DM2 y obesidad, como demuestran los diferentes estudios realizados.

Bibliografía

1. Selvin E, Coresh J, Golden SH, Brancati FL, Folson AR, Steffes MW. Glycemic control and coronary heart disease risk in persons with and without diabetes: the atherosclerosis risk in communities study. Arch Intern Med 2005; 165: 1910-6.
2. Kuusito J, Mykkanen L, Pyorala K, Laakso M. NIDDM and its metabolic control predict coronary heart disease in elderly subjects. Diabetes, 43 (1994), pp. 960-7.
3. McIntyre N, Holdsworth CD, Turner DS. Intestinal factors in the control of insulin secretion. J Clin Endocrinol Metab, 25(1965), pp. 1317-24.

Capítulo 236

Traqueostomía percutánea vs traqueostomía quirúrgica

Moreno Rodríguez, María Esther

Bonilla Bellón, María Caridad

Elvira Lillo, María Luisa

Perez Fernández, María Dolores

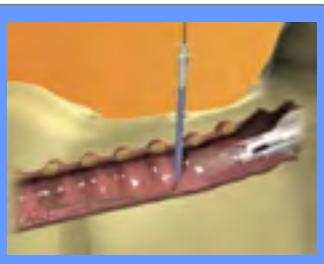
TRAQUEOSTOMÍA PERCUTANEA VS. TRAQUEOSTOMÍA QUIRÚRGICA: Revisión bibliográfica

Introducción

La traqueotomía quirúrgica (TQTQ) fue descrita por Jackson en 1905 y consiste en la abertura de la tráquea cervical y la colocación subsiguiente de una cánula. En 1957 Sheldon describe la realización del procedimiento percutáneo, que consiste en la introducción entre dos anillos traqueales de una guía metálica sobre la que un dispositivo de dilatación crea el orificio de traqueostomía. A diferencia de la TQTQ en la que es imprescindible la fenestración del cartílago. A partir de 1985 se introduce la traqueotomía percutánea (TQTP) con dilatador de Giaglia que persiste actualmente. A pesar de que la técnica ha evolucionado convirtiéndose en sencilla y segura, sigue siendo desconocida en dentro de algunos ámbitos clínicos.

Objetivos

Comparar las ventajas e inconvenientes de la traqueostomía percutánea frente a la traqueostomía quirúrgica mediante una revisión de la evidencia científica disponible.




Métodos:

Se realizó una búsqueda sistemática de artículos científicos en las bases de datos electrónicas de Google académico y Pubmed durante el mes de marzo de 2019. Las palabras clave introducidas en las bases de datos fueron "traqueotomía quirúrgica" y "traqueotomía percutánea". Los criterios de inclusión fueron: estudios que compararan las ventajas e inconvenientes de la TQTP frente a la TQTP escritos en inglés y español. No se incluyeron límites de tiempo. Los datos se extrajeron en una tabla ad hoc en la que se sintetizaron las características principales de los mismos.

Resultados:

- Se incluyeron 3 estudios que compararon la TQTQ frente a la TQTP con un total de 8835 participantes
- Las complicaciones posoperatorias son similares. Infección, decanulación, sangrado, enfisema, dehiscencia de sutura y muerte.
- El porcentaje de complicaciones varía sustancialmente TQTP alrededor 7% vs TQTQ sobre el 37%.
- Los costes se han ido igualando con la incorporación de los fibroscopios, manteniéndose en inferioridad el de la TQTP al no utilizarse el área quirúrgica.

Estudio	Pais	Diseño	n	Edad (años)	Comparación	Resultados
Carlos Celedón. (2007)	Chile	Retrospectivo	50/25/25	55-62,9	TQTQ vs TQTP	Al comparar ambas técnicas, no hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a número de complicaciones ni en cuanto a duración del procedimiento,
Anthony Yang BS (2018)	EEUU	Cohortes	8682	61,4-62,9	TQTQ vs TQTP	En EEUU se realiza mayor número de TQTQ. En pacientes críticos se realiza TQTP. La percutánea se asoció con mayor morbilidad por el estado critico de los pacientes.
Friedman et al. (1996)	EEUU	Prospectivo	26/27	-	TQTQ vs TQTP	La TQTP es un procedimiento más rápido de realizar y tiene menos complicaciones postprocedimiento.

Conclusiones:

- ✓ **La TQTP es cirugía mínimamente invasiva que reduce el tiempo de realización en relación con la TQTQ.**
- ✓ **La TQTP puede realizarse a pie de cama evitando así los traslados al área quirúrgica.**
- ✓ **En la TQTP no es imprescindible la actuación de cirujanos especialistas.**
- ✓ **La TQTP es la técnica más empleada en UCI.**
- ✓ **Es difícil establecer las complicaciones a largo plazo entre ambas puesto que la TQTP se realiza a pacientes críticos en los que la mortalidad es más elevada.**

Resumen: *La traqueotomía quirúrgica (TQTQ) fue descrita por Jackson en 1905 y consiste en la abertura de la tráquea cervical y la colocación subsiguiente de una cánula. En 1957 Sheldon describe la realización del procedimiento percutáneo, que consiste en la introducción entre dos anillos traqueales de una guía metálica sobre la que un dispositivo de dilatación crea el orificio de traqueostomía. A diferencia de la TQTQ en la que es imprescindible la fenestración del cartílago. A partir de 1985 se introduce la traqueostomía percutánea (TQTP) con dilatador de Giaglia que persiste actualmente.*

Palabras Clave: *Traqueostomía percutánea; traqueostomía quirúrgica; traqueostomía.*

Introducción

La traqueotomía quirúrgica (TQTQ) fue descrita por Jackson en 1905 y consiste en la abertura de la tráquea cervical y la colocación subsiguiente de una cánula. En 1957 Sheldon describe la realización del procedimiento percutáneo, que consiste en la introducción entre dos anillos traqueales de una guía metálica sobre la que un dispositivo de dilatación crea el orificio de traqueostomía. A diferencia de la TQTQ en la que es imprescindible la fenestración del cartílago. A partir de 1985 se introduce la traqueotomía percutánea (TQTP) con dilatador de Giaglia que persiste actualmente. A partir de 1985 se introduce la traqueotomía percutánea (TQTP) con dilatador de Giaglia que persiste actualmente. A pesar de que la técnica ha evolucionado convirtiéndose en sencilla y segura, sigue siendo desconocida en dentro de algunos ámbitos clínicos.

Objetivo

Comparar las ventajas e inconvenientes de la traqueostomía percutánea frente a la traqueostomía quirúrgica mediante una revisión de la evidencia científica disponible. Métodos: Se realizó una búsqueda sistemática de artículos científicos en las bases de datos electrónicas de Google académico y Pubmed durante el mes de marzo de 2019. Las palabras clave introducidas en las bases de datos fueron “traqueotomía quirúrgica” y “traqueotomía percutánea”. Los criterios de inclusión fueron: estudios que compararan las ventajas e inconvenientes de la TQTP frente a la TQTP escritos en inglés y español. No se incluyeron límites de tiempo. Los datos se extrajeron en una tabla ad hoc en la que se sintetizaron las características principales de los mismos. Resultados: Se incluyeron 3 estudios que compararon la TQTQ frente a la TQTP con un total de 8835 participantes

Las complicaciones posoperatorias son similares. Infección, decanulación, sangrado, enfisema, dehiscencia de sutura y muerte.

El porcentaje de complicaciones varía sustancialmente TQTP alrededor 7% vs TQTQ sobre el 37%.

Los costes se han ido igualando con la incorporación de los fibroscopios, manteniéndose en inferioridad el de la TQTP al no utilizarse el área quirúrgica.

Conclusiones

- La TQTP es cirugía mínimamente invasiva que reduce el tiempo de realización en relación con la TQTQ.

ISBN: 978-84-949197-6-3

- La TQTP puede realizarse a pie de cama evitando así los traslados al área quirúrgica.
- En la TQTP no es imprescindible la actuación de cirujanos especialistas.
- La TQTP es la técnica más empleada en UCI.
- Es difícil establecer las complicaciones a largo plazo entre ambas puesto que la TQTP se realiza a pacientes críticos en los que la mortalidad es más elevada.

Bibliografía

1. Jackson C. Tracheostromy Laringoscope 1909; 285-90.
2. Sheldon Ch, Pudenz Rh, Freshwater Db et a New Method for Tracheostomy Neurosurg 12;428.
3. Ciaglia P, Frisching R, Syniec L, Elective Percutaneous D¡dulational tracheostomy; Chest 1985; 87: 715-9.

Capítulo 237

Trastorno de la conducta alimentaria no especificado a filiar en el HGUCR

Panea Pizarro, Isabel

Martos Sánchez, Almudena

Ruíz Céspedes, María José

Domínguez Martín, Ana Teresa

Naranjo Fernández, Jacinta

CASO CLÍNICO: TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO A FILIAR EN EL HGUCR

OBSERVACIÓN CLÍNICA

INTRODUCCIÓN

Estudiamos el caso de una paciente madre soltera de 34 años, con niño de 5 años. Vive con su hijo y el apoyo de su padre. Hija única de Padres separados. Enfermera en situación de incapacidad laboral temporal. A los 15 años realizó una grave defenestración con múltiples fracturas y secuelas severas (incluida una deformación facial visible). Desde 2010 se mantuvo sin control psiquiátrico (aunque realizando seguimiento psicológico semanal) hasta un nuevo ingreso en 2016, y actualmente está en seguimiento tanto psiquiátrico como endocrinológico.

EVOLUCIÓN DEL CASO

Tras un periodo de estabilidad relativa (mantenía clínica alimentaria restrictiva crónica de baja intensidad pero con un peso nutricionalmente aceptable y una funcionalidad adecuada), en el contexto de acumulación de eventos estresantes (separación, exigencias con el cuidado de su hijo, dificultades laborales) a partir del 2014-2015 se produce una recaída, con la instauración de clínica depresiva y alimenticia. En este periodo ha llegado a perder más de 16 kg con clínica depresiva (apatía, tristeza, anhedonia y tendencia al aislamiento en cualquier momento que no implique actividad con su hijo). Aunque no se ha evidenciado la presencia de comportamientos purgativos, el aumento general de restricción alimentaria, las actitudes fóbicas respecto a la subida de peso, el aumento notable de actividad física y un estado de angustia sostenida han contribuido notablemente a que la evolución del peso haya sido hacia una desnutrición grave, en la que se mantiene de forma permanente a pesar de los distintos ingresos. Se asocian al cuadro clínica de compulsividad de orden y limpieza nocturnas que condicionan un insomnio persistente. La paciente presenta de forma predominante una narrativa depresiva con elementos de externalización causal agravada por su situación nutricional. Destacan severas dificultades motivacionales para inducir cambios en su situación. El IMC se mantiene en torno a 15, habiendo disminuido a 14 o menos en los momentos que requirieron ingreso.

MULTI-DISCIPLINAR

INTERVENCIONES

Se lleva a cabo un ingreso hospitalario en nuestra Unidad de TCA de HGUCR.

OBJETIVOS

PRINCIPAL: Favorecer el aumento de peso de la paciente junto con el mantenimiento de los logros y prevenir las recaídas.

SECUNDARIO: Disminuir los niveles de ansiedad y entrenamiento en habilidades sociales y asertividad.

ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICOS NANDA

Riesgo de Suicidio	Riesgo de Lesión	Desequilibrio Nutricional por Defecto
Riesgo de Infección	Deterioro a la Adaptación	Riesgo de Estreñimiento
Ansiedad	Mantenimiento Inefectivo de La Salud	
Afrontamiento Defensivo	Trastorno de Los Procesos del Pensamiento	

Ingesta progresiva con batidos hiperproteicos cada 8 horas.
Trabajo desde el equipo multidisciplinar que existe en la Unidad (Psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermería) en búsqueda de factores precipitantes, promoción de nuevas estrategias de tratamiento y cambio vital. Ya que los TCA no es el trastorno primario, sino el síntoma que desata la patología.
Promoción del cambio de actitud de la paciente poco receptiva y colaboradora a la terapia.

DISCUSIÓN

Tanto investigadores, pacientes y terapeutas coinciden en que la recuperación de un trastorno de alimentación debe ser biopsicosocial, incluyendo en el término aspectos como la autoestima, la imagen corporal, la expresión de sentimientos y el apoyo social, además de la recuperación del peso. Cabe destacar que gran parte de los estudios concluye con que es necesario consensuar unos criterios de recuperación válidos y extrapolables que incluyan una recuperación psicológica (Noordenbos, 2011a; Noordenbos, 2011b; Bardone et al, 2009; Couturier & Lock, 2006; Thomas, 2009), para poder identificar tratamientos efectivos, disminuir así el riesgo de recaída y mejorar la calidad de vida de las personas que sufren de un TCA.

CONCLUSIONES

Los enfermos de Anorexia Nerviosa se encuentran atrapados en una dinámica patológica en torno a la comida, el peso y la imagen corporal de la cual llega un momento en que no saben salir si no es con ayuda profesional. El papel de enfermería es trabajar en equipo y aplicar un plan de cuidados realista en conjunto con el paciente cuyo fin es que este salga de ese círculo vicioso, recupere su dignidad y se acepte tal como es. Hay que tener en cuenta que las pacientes con AN crónica y de larga evolución, objetivan su delgadez, hacen critica de sus pensamientos alterados; pero mantienen sus conductas alteradas, ya que una alimentación normal genera en ellas intensos miedos, considerados irracionales por ellas mismas a los que se añade una gran ansiedad.

Resumen: *Estudiamos el caso de una paciente madre soltera de 34 años, con niño de 5 años. Vive con su hijo y el apoyo de su padre. Hija única de Padres separados. Enfermera en situación de incapacidad laboral temporal. A los 15 años realizó una grave defenestración con múltiples fracturas y secuelas severas (incluida una deformación facial visible). Desde 2010 se mantuvo sin control psiquiátrico (aunque realizando seguimiento psicológico semanal) hasta un nuevo ingreso en 2016, y actualmente está en seguimiento tanto psiquiátrico como endocrinológico.*

Palabras Clave: *Calidad de vida; estado de ánimo; trastorno de conducta alimentaria.*

Tras un periodo de estabilidad relativa (mantenía clínica alimentaria restrictiva crónica de baja intensidad pero con un peso nutricionalmente aceptable y una funcionalidad adecuada), en el contexto de acumulación de eventos estresantes (separación, exigencias con el cuidado de su hijo, dificultades laborales) a partir del 2014-2015 se produce una recaída, con la instauración de clínica depresiva y alimenticia. En este periodo ha llegado a perder más de 16 kg con clínica depresiva (apatía, tristeza, anhedonia y tendencia al aislamiento en cualquier momento que no implique actividad con su hijo). Aunque no se ha evidenciado la presencia de comportamientos purgativos, el aumento general de restricción alimentaria, las actitudes fóbicas respecto a la subida de peso, el aumento notable de actividad física y un estado de angustia sostenida han contribuido notablemente a que la evolución del peso haya sido hacia una desnutrición grave, en la que se mantiene de forma permanente a pesar de los distintos ingresos. Se asocian al cuadro clínica de compulsividad de orden y limpieza nocturnas que condicionan un insomnio persistente. La paciente presenta de forma predominante una narrativa depresiva con elementos de externalización causal agravada por su situación nutricional. Destacan severas dificultades motivacionales para inducir cambios en su situación. El IMC se mantiene en torno a 15, habiendo disminuido a 14 o menos en los momentos que requirieron ingreso.

Bibliografía

1. NANDA Diagnósticos Enfermeros 2015-2017. Definiciones y Clasificación. Elsevier, 2016. 3ª Ed. ISBN: 9788490229521
2. Morrhead S, Johnson M, Mass M, Swanson E. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). 5a Madrid: Mosby, 2013.
3. Palomino Rodao , I. Anorexia nerviosa y proceso de atención en enfermería. REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología), 2012, vol. 4, no 1. ISSN:1989-5305.

Capítulo 238

Trastornos de conducta alimentaria y embarazo

Carabaño Mayorga, Ángela

Revisión Bibliográfica:

TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y EMBARAZO

OBJETIVO

Detección precoz de las gestantes con Trastornos de la Conducta Alimentaria

BASES DE DATOS

PsycINFO
Medline / PubMed
COCHRANE

PALABRAS CLAVE

Trastornos de la conducta alimentaria
Detección precoz
Gestación

RESULTADOS

TCA:
Anorexia nerviosa
Bulimia nerviosa
Trastornos nos específicos de la conducta
Trastorno por atracones

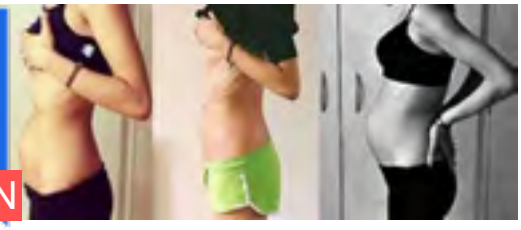
Prevalencia durante el embarazo:
A.N Y B.N es de **1-3%** para AN y BN
(11-15% si se incluyen síndromes parciales)

Precisa **tratamiento multidisciplinar.**

Infradiagnóstico:
Ocultación de síntomas
Falta de conciencia de enfermedad
Escasa motivación para el cambio
Deficiencias del sistema sanitario
(presión asistencial o a la falta de concienciación del personal sanitario).

DOBLE CRIBADO:
Herramientas útiles de cribado en mujeres de riesgo:
SCOFF para los TCA en general
EAT-40, **EAT-26** para la anorexia nerviosa
BULIT, **BULIT-R** o **BITE** para la bulimia.
Posterior: **entrevista clínica** diagnóstica.

DISCUSIÓN



El **diagnóstico precoz** y un **seguimiento** adecuado por el equipo multidisciplinar es imprescindible en este tipo de pacientes no solo por la patología asociada sino también por su grave repercusión maternofetal.

La dificultad radica en el infradiagnóstico.

Behar Astudillo R, Javier González A, Mario Ariza P, Andrea Aguirre S. Trastornos de la conducta alimentaria en mujeres embarazadas controladas en atención primaria. Rev. chil de Obstet ginecol 2008

Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria. Ministerio de sanidad y consumo. 1 de febrero de 2009.

Ida Ringsborg Madsen, Kirsten Hørder, & Rene´ Klinkby Støving. Remission of eating disorder during pregnancy: five cases and briefclinical review. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, June 2009; 30(2): 122–126

Peláez Fernández M A, Raich Escursell R M, Labrador Encinas F J, Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos . Rev mexicana de trastornos alimentarios vol. 1. 2010 (62-75)

Michael S. Cardwell, Eating Disorders During Pregnanc. CMV Review article. obstetrical and gynecological survey. Vol 68, Number 4 2013.

Resumen: *Los trastornos de conducta alimentaria engloban las siguientes categorías: Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastornos nos específicos de la conducta y trastorno por atracones.*

Tras consultar varias bases de datos y proceder a su Revisión Bibliográfica se llega a la conclusión de que el principal inconveniente en torno a los Trastornos de Conducta Alimentaria durante el embarazo es su infradiagnóstico.

El diagnóstico precoz y un seguimiento adecuado por el equipo multidisciplinar es imprescindible en este tipo de pacientes no solo por la patología asociada sino también por su grave repercusión maternofetal.

Palabras Clave: *Trastornos de Alimentación; diagnóstico precoz; embarazo.*

Objetivo

Detectar precozmente a las mujeres que presentan un T.C.A previo al embarazo o que se inicia en el embarazo, parto o puerperio, evitando el infra-diagnóstico y planificando unos cuidados en el seno de un equipo multidisciplinar.

Metodología

Revisión bibliográfica de la evidencia sobre el embarazo y puerperio en mujeres con TCA mediante las bases de datos PsycINFO, Medline/PubMed Y COCHRANE.

Palabras Claves: Trastornos de Alimentación, Diagnóstico Precoz, Embarazo.

Resultados

Existen pocos estudios de prevalencia de los TCA durante el embarazo, pero apuntan una situación de sub-diagnóstico.

Los TCA incluyen la anorexia nerviosa (A.N) , la bulimia nerviosa (B.N) los trastornos nos específicos de la conducta alimentaria (T.C.N.E) y el trastorno por atracones (T.A).

Las cifras de prevalencia durante el embarazo para la A.N Y B.N es de 1-3%. La cifra asciende hasta el 11-15% si se incluyen síndromes parciales.

Las repercusiones tanto físicas como psíquicas de los TCA en la salud materno-fetal hacen necesario un tratamiento multidisciplinar.

El sub-diagnóstico deriva de la tendencia a la ocultación de síntomas, falta de conciencia de enfermedad y escasa motivación para el cambio, o bien a las deficiencias del sistema sanitario como la presión asistencial o a la falta de concienciación del personal sanitario.

Se recomienda realizar en mujeres de riesgo o con síntomas sugerentes del trastorno un programa cribado de doble fase, mediante los cuestionarios SCOFF para los TCA en general, EAT-40, EAT-26 para la anorexia nerviosa y BULIT, BULIT-R o BITE para la bulimia. Posteriormente , si la puntuación es alta, son evaluadas mediante una entrevista clínica diagnóstica.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Discusión

Las graves repercusiones sobre la salud materno-fetal del propio trastorno y de la patología asociada obligan a un diagnóstico precoz y un seguimiento estrecho durante el embarazo y el puerperio, en el curso de los cuales la matrona es una pieza clave. Evitar el infra-diagnóstico y realizar un seguimiento por un equipo multidisciplinar deben ser los objetivos prioritarios.

Bibliografía

1. Behar Astudillo R, Javier González A, Mario Ariza P, Andrea Aguirre S. Trastornos de la conducta alimentaria en mujeres embarazadas controladas en atención primaria. Rev. chil de Obstet ginecol 2008.
2. Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria. Ministerio de sanidad y consumo. 1 de febrero de 2009.
3. Ida Ringsborg Madsen, Kirsten Hørder, & Rene´ Klinkby Støving. Remission of eating disorder during pregnancy: five cases and briefclinical review. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, June 2009; 30(2): 122–126.
4. Peláez Fernández M A, Raich Escursell R M, Labrador Encinas F J, Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos . Rev mexicana de trastornos alimentarios vol. 1. 2010 (62-75).
5. Michael S. Cardwell, Eating Disorders During Pregnanc. CMV Review article. obstetrical and gynecological survey. Vol 68, Number 4 2013.

Capítulo 239

Tratamiento asertivo comunitario

Sánchez Escudero, Elia

López Fernández-Cañadas, Virginia María

De la Peña Velando, Patricia

Tratamiento Asertivo Comunitario

① Introducción

Los programas de tratamiento asertivo comunitario (TAC) surgen durante el periodo de desinstitucionalización de la atención psiquiátrica, en un contexto donde el tratamiento era muy hospitalocéntrico y las alternativas a nivel comunitario estaban poco desarrolladas.

→ Programas en los que un equipo multidisciplinar lleva a cabo un tratamiento integral en la comunidad, rehabilitación y servicios de apoyo para ayudar a personas con trastorno mental grave (TMG), a evitar la hospitalización psiquiátrica y facilitar el vivir independientemente en un ambiente comunitario natural.

Se persigue la mejora de la calidad de vida de las personas con TMG, y combatir el fenómeno de "puerta giratoria" al que se ven expuestos.



② Objetivos

- Describir las principales características de este enfoque terapéutico en el ámbito de la salud mental comunitaria.
- Analizar las ventajas de su implementación **VS** tratamiento tradicional.
- Señalar el papel de la enfermera especialista en salud mental dentro del equipo multidisciplinar.

③ Material y Método

- Búsqueda avanzada en la literatura científica incluida en las bases de datos biomédicas: DIALNET, MEDLINE y PUBMED.
- Artículos contenidos en la base de datos de GOOGLE ACADÉMICO.
- Palabras clave:
  "Assertive Community Treatment"
  "Assessment of assertive community treatment"
  "Assertive outreach Care"
  "Severe mental illness"
  "Mental health"

④ Resultados

El TMG conlleva una problemática muy compleja, no sólo por la psicopatología que caracteriza a los pacientes que lo sufren, sino por las dificultades en el funcionamiento psicosocial que presentan y que dificultan su integración en la comunidad.

⊠ Perfil de usuario que atiende el TAC :

- Evolución torpida de la enfermedad y estar desvinculado de los servicios de salud mental.
- Escaso o nulo cumplimiento del tratamiento.
- Dificultades para la relnserción social.
- No tener garantizada la cobertura de sus necesidades más básicas.
- Desfavorable, escaso o nulo apoyo sociofamiliar.
- Disminución de la calidad de vida y elevada necesidad de servicios.
- Edad: 18 a 60 años.

El TAC representa el modelo más completo dentro de los distintos programas que se han desarrollado para el tratamiento en la comunidad de este tipo de pacientes. La evidencia disponible ha demostrado su efectividad en la consecución de:
- Mayor retención y "enganche" de pacientes al programa consiguiendo altos niveles de adherencia terapéutica y continuidad del tratamiento.
- Reducción de la tasa y el número de días de ingreso hospitalario.
- Promoción de un estilo de vida independiente y mejoras significativas en la sintomatología.
- El riesgo de ingreso en una unidad convencional de agudos decrece con el tiempo.
- Mejoran los indicadores de calidad de vida y satisfacción en pacientes y familia, ya que se fomenta la autonomía en las habilidades para la vida independiente.

Aunque se han producido avances, el estigma, el escaso apoyo social y el lento e ineficaz desarrollo de servicios dedicados a su abordaje aún persiste.
Es importante destacar la necesidad de prestar unos servicios avanzados y especializados a este colectivo, con una adecuada dotación de recursos y respaldo institucional, asegurando su continuidad y operatividad.

Los **enfermeros especialistas en salud mental** desempeñan un papel clave para asegurar la provisión de servicios de alta calidad, equitativos, accesibles, eficientes y sensibles, que aseguren la continuidad de cuidados, garanticen los derechos y satisfagan las necesidades de estos pacientes. Se hace imprescindible prestar cuidados utilizando la relación interpersonal como instrumento terapéutico básico y estar capacitados para velar por la salud mental tanto en el individuo como de la familia y la comunidad.

⊠ Características principales

- Un equipo multidisciplinar lleva a cabo la intervención e incluye al menos un psiquiatra y una enfermera. Proporcionan todos los cuidados de forma integrada en vez de derivar a otros programas.
- La responsabilidad de los pacientes recae sobre todo el equipo al completo.
- Ratios paciente-profesional pequeños (ideal 10/1).
- Las intervenciones se realizan principalmente en la comunidad (domicilio, cafetería, supermercado...) el trabajo en el despacho sólo para planificación y coordinación del equipo.
- Se trabaja sobre diferentes necesidades del individuo, recalcando la importancia de realizarlo "in vivo", en el entorno habitual del paciente.
- Se atienden necesidades básicas del individuo: alimentación, alojamiento, atención sanitaria... enfatiza el apoyo práctico en la solución de problemas de la vida diaria.
- Entrenamiento en habilidades de la vida diaria, como cocinar o usar el transporte público.
- Énfasis en el adecuado uso de la medicación e intervención en la prescripción y administración del mismo.
- Trabajar sobre la conciencia de enfermedad.
- Disponibilidad 24 horas al día, los 365 días de año.
- Tratamiento asertivo caracterizado por intensivamente actuarente en "enganche" y mantenimiento del paciente dentro del programa, implicándole y responsabilizándole de su tratamiento, pero dispuestos a salir en su busca cuando existe riesgo de abandono.
- Apoyo individualizado y ajustado a las necesidades de cada paciente.
- El tratamiento no tiene duración limitada, no se da de alta a los pacientes.
- Elevada intensidad de servicios y frecuencia de contactos alta (lo ideal es el contacto directo de enfermería).

⑤ Conclusiones

La filosofía de la reforma psiquiátrica de principios de los 70 se apoya sobre postulados clave de la psiquiatría comunitaria, pero el nivel actual de provisión de servicios en salud mental en este sentido resulta insatisfactorio.

En España, no ha sido hasta los últimos 15 años cuando realmente se han ido estableciendo diversos programas en varios equipos. Son de referencia los de Madrid, Asturias, Málaga o Barcelona. En Castilla La-Mancha sólo existe un equipo de tratamiento asertivo comunitario (ETAC) en Albacete, creado en el 2003.

Aproximadamente el 50% de los pacientes con TMG abandona el contacto con los servicios de salud mental, dicho abandono y la insuficiente alianza terapéutica forma parte de un proceso complejo, pudiendo estar relacionado con la ausencia de nuevas y más aceptables estrategias de atención aguda e intensiva, tanto en los servicios comunitarios como hospitalarios.

El TAC es un tratamiento efectivo si es correctamente enfocado pudiendo ocasionar reducciones significativas de los costes sanitarios, acortando la hospitalización. Además mejora los resultados en muchos otros aspectos relevantes ya señalados. Por ello es importante promover una mejor comprensión de las características y ventajas de este tipo de programas potenciando su implementación e integración en la red de servicios de salud mental.

Resumen: *Los programas de tratamiento asertivo comunitario están formados por un equipo multidisciplinar que lleva a cabo un tratamiento integral en la comunidad para ayudar a personas con enfermedad mental grave y crónica, a evitar la hospitalización y facilitar el vivir de manera independiente en comunidad. Según la evidencia disponible han demostrado la consecución de altos niveles de adherencia terapéutica y continuidad del tratamiento, además se asocian a una reducción de la tasa y número de días de ingreso hospitalario; a la promoción de un estilo de vida independiente y mejoras en la sintomatología y calidad de vida de los pacientes.*

Palabras Clave: *Mental health; community mental health services; mental disorders.*

Introducción

Los programas de tratamiento asertivo comunitario (TAC) surgen durante el periodo de desinstitucionalización de la atención psiquiátrica, en un contexto donde el tratamiento era muy hospitalocéntrico y las alternativas a nivel comunitario estaban poco desarrolladas.

Son programas en los que un equipo multidisciplinar lleva a cabo un tratamiento integral en la comunidad, para ayudar a personas, con enfermedad mental grave y crónica, a evitar la hospitalización psiquiátrica y facilitar el vivir independientemente en un ambiente comunitario.

Este enfoque terapéutico que persigue la mejora de la calidad de vida de personas con trastorno mental grave (TMG), surge ante la evidencia de que tratamientos efectivos durante la hospitalización dejaban de serlo cuando el paciente se reincorporaba a su vida diaria, por lo que uno de los objetivos principales era combatir ese fenómeno de “puerta giratoria”.

Objetivo

- Describir las principales características de este enfoque terapéutico y las ventajas derivadas de su implementación respecto al tratamiento tradicional.
- Señalar el papel de la enfermera especialista en salud mental dentro del equipo multidisciplinar.

Material y método

Para alcanzar el objetivo propuesto se realizó una búsqueda avanzada en la literatura científica incluida en las bases de datos biomédicas: DIALNET, MEDLINE y PUBMED. También se utilizaron artículos contenidos en la base de datos de GOOGLE ACADÉMICO.

Resultados

Perfil de usuario:

- Evolución tórpida de la enfermedad y estar desvinculado de los servicios de salud mental.
- Escaso o nulo cumplimiento del tratamiento
- Dificultades para la reinserción social.

ISBN: 978-84-949197-6-3

- No tener garantizada la cobertura de sus necesidades más básicas.
- Desfavorable, escaso o nulo apoyo sociofamiliar.
- Disminución de la calidad de vida y elevada necesidad de servicios.
- Edad: 18 a 60 años.

Características principales:

- Un equipo multidisciplinar lleva a cabo la intervención.
- Proporcionan todos los cuidados de forma integrada en vez de derivar a otros programas.
- La responsabilidad de los pacientes recae sobre todo el equipo al completo.
- Ratios paciente-profesional pequeños (ideal 10/1)
- Las intervenciones se realizan principalmente en la comunidad, el trabajo en el despacho sólo para planificación y coordinación del equipo.
- Se atienden necesidades básicas y se enfatiza el apoyo práctico en la solución de problemas de la vida diaria, entrenando para ello en habilidades como cocinar o usar el transporte público. Recalcando la importancia de realizarlo "in vivo", en el entorno habitual del paciente.
- Trabajar sobre la conciencia de enfermedad.
- Disponibilidad las 24 horas , los 365 días del año.
- Se interesa activamente en el "enganche" y mantenimiento del paciente dentro del programa, implicándole y responsabilizándole de su tratamiento, pero dispuestos a salir en su búsqueda cuando exista riesgo de abandono.
- Apoyo individualizado según las necesidades de cada paciente.
- No tiene duración limitada, no se da de alta a los pacientes.
- Elevada intensidad de servicios y frecuencia de contactos alta.

El TAC representa el modelo más completo dentro de los distintos programas que se han desarrollado en el ámbito comunitario. Según la evidencia disponible ha demostrado su efectividad en la consecución, de mayor retención y "enganche" de pacientes al programa consiguiendo altos niveles de adherencia terapéutica y continuidad del tratamiento, además se asocia a una significativa reducción de la tasa y el número de días de ingreso hospitalario; a la promoción de un estilo de vida independiente y a mejoras significativas en la sintomatología y en la calidad de vida de los pacientes. El riesgo de ingreso en una unidad convencional de agudos decrece con el tiempo y mejoran los indicadores de calidad de vida y satisfacción en pacientes y familia, ya que se fomenta la autonomía en las habilidades para la vida independiente.

Aunque se han producido avances en la comprensión y tratamiento de las enfermedades mentales, el estigma, el escaso apoyo social y el lento e ineficaz desarrollo de servicios dedicados a su abordaje aún persiste. Por ello, es importante destacar la necesidad de prestar unos servicios avanzados y especializados a este colectivo. Los enfermeros especialistas en salud mental desempeñan un papel clave cada vez más importante, para afrontar las nuevas necesidades de esta parte de la población, asegurar la provisión de servicios de alta calidad, equitativos, accesibles, eficientes y

sensibles, que aseguren la continuidad de cuidados, garanticen los derechos y satisfagan las necesidades de estos pacientes.

Conclusión

A pesar de que la filosofía de la reforma psiquiátrica de principios los 70 se apoyó sobre muchos de los postulados clave de la psiquiatría comunitaria, el nivel actual de provisión de servicios en salud mental en este sentido resulta insatisfactorio.

En España, existen publicaciones relacionadas con este tipo de intervenciones desde inicios de la década de los noventa, pero ha sido en los últimos 15 años cuando realmente se han ido estableciendo diversos programas en varios equipos.

Aproximadamente el 30% de los pacientes con TMG abandona el contacto con los servicios de salud mental, dicho abandono y la insuficiente alianza terapéutica forma parte de un proceso complejo, pudiendo estar relacionado con la ausencia de nuevas y más aceptables estrategias de atención aguda e intensiva.

El TAC es un tratamiento efectivo si es correctamente enfocado pudiendo ocasionar reducciones significativas de los costes sanitarios. Además mejora los resultados en muchos otros aspectos relevantes. Por ello es importante promover una mejor comprensión de las características y ventajas de este tipo de programas potenciando su implementación en nuestro medio e integración en la red de servicios de salud mental.

Bibliografía

1. Alonso Suárez M, Bravo Ortiz MF, Fernández Liria A, Origen y desarrollo de los programas de seguimiento y cuidados para pacientes mentales graves y crónicos en la comunidad. Revista de la AEN 2004; 92.
2. Vila Pillado L, Areo Carracedo R, Ferro Iglesias V, González Domínguez-Viguera L, Justo Alonso A, Suárez Suerio MJ, et al. Trastorno mental severo. TOG [revista internet]. 2007 (5): [52p].
3. Vázquez-Bourgon J, Salvador-Carulla L, Vázquez-Barquero JL, Alternativas comunitarias a la hospitalización de agudos para pacientes psiquiátricos graves. Actas Esp Psiquiatr 2012;40 (6):323-32.
4. Martínez Jambrina JJ; Peñuelas Carnicero E, Tratamiento asertivo comunitario: el modelo Avilés. Archivos de Psiquiatría 2007;70 (2): 77-82.
5. Jurado Pulgar S, Jara Arias JA, López Rubia EM, Tratamiento asertivo comunitario en personas con trastorno mental grave. Rev Enferm Salud Ment. 2017;8:25-33.

Capítulo 240

Tratamiento de fisioterapia de la tortícolis congénita en bebé de 7 meses

García Domínguez, Pedro Javier

TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA DE LA TORTÍCOLIS CONGÉNITA EN BEBÉ DE 7 MESES

SATSE

I. Introducción

Se define la tortícolis como el estado de contracción involuntaria de los músculos cervicales que hace que el cuello quede torcido o inclinado hacia el hombro y sea doloroso moverlo. Se denomina tortícolis congénita cuando ocurre en recién nacidos o bebés menores de dos meses.

II. Observación clínica

→Valoración y exploración física:

- Inclinación de la cabeza hacia el lado derecho acentuada después de largos tiempos en sedestación.
- Pequeño aplanamiento en zona occipito-temporal del lado afectado.
- Limitación en la rotación e inclinación izquierda tanto de forma activa como pasiva, siendo dolorosa.
- Contractura dolorosa a la palpación en ECOM derecho.
- Hipotonía en musculatura cervical y dorsal.

→Antecedentes y signos de alerta:

- Diagnosticado de tortícolis congénita a los dos meses de edad.
- Llanto y signos de dolor al movilizar el cuello.
- Dificultad para mamar del pecho izquierdo con resultado de llanto en ocasiones.
- Imposibilidad de mantener una sedestación correcta con el cuello sobre el eje del cuerpo.

→Diagnóstico de fisioterapia:

- Tortícolis congénita por contractura en ECOM derecho.

III. Plan de cuidados

Objetivos:

- Disminuir dolor y lateralización derecha del cuello en posición de sedestación y decúbitos.
- Normalizar tono muscular global.
- Recuperar la movilidad articular del cuello.
- Conseguir que el bebé pueda mamar de ambos pechos sin dolor ni llanto.

Tratamiento:

- Movilizaciones pasivas de cuello y miembros superiores.
- Estiramientos de la musculatura de cuello.
- Inhibición de músculo ECOM derecho y masoterapia.
- Trabajo activo en decúbito supino, decúbito prono y sedestación mediante juguetes u otros estímulos.
- Trabajo en casa por parte de familia.

IV. Discusión

→Tras las dos primeras sesiones (15 días desde la primera sesión):

- En la que se toma un primer contacto con el bebé, familiarizándonos con el mediante el juego y estímulos visuales y táctiles.
- Se observa una disminución del llanto y de signos y síntomas de dolor al realizar tanto inclinaciones como rotaciones de cuello en todos sus grados de forma pasiva.
- La madre refiere que presenta menos llanto a la hora de mamar del pecho izquierdo pero con una postura que no es cómoda.
- Mantiene extensión de cuello en decúbito prono durante periodos más largos de tiempo.
- Continúa la inclinación derecha de cuello en sedestación y dificultad para seguir la mirada hacia el lado izquierdo con el tronco quieto.
- Tono muscular de ECOM derecho más normalizado.

→Tras sexta sesión (35 días desde la primera sesión):

- Rangos articulares normales tanto en inclinación como rotación de cuello de forma pasiva sin dolor ni llanto.
- ECOM derecho sin hallazgos patológicos a la palpación y observación.
- Movilidad de cuello activa sin pasar la línea media del cuerpo al seguir objetos con la mirada y mediante el juego.
- Movilidad activa hacia ambos lados del cuello en decúbito pronto.
- Mama bien de ambos pechos.
- Tras sexta sesión se decide alargar el tiempo entre sesiones para ver evolución a largo plazo y valoración del trabajo en casa.

→Tras décima sesión (55 días desde la primera sesión):

- Completa movilidad de cuello en movimientos de rotación e inclinación de forma pasiva y activa tanto en sedestación como en ambos decúbitos.
- Tono normalizado en musculatura de cuello y en musculatura dorsal.
- Sigue con la mirada objetos y juguetes moviendo el cuello con tronco recto y quieto.
- Alcanza objetos con ambas manos con correcto control postural.
- Alta fisioterápica y continuar con ejercicios en casa.

V. Conclusiones

El tratamiento fisioterápico en la tortícolis congénita es una opción acertada y efectiva. Una buena valoración inicial y una elección de tratamiento correcta, junto con unas pautas para el trabajo en casa hace que la evolución y recuperación del bebé sea rápida y buena. El precoz diagnóstico de la patología y del trabajo con el niño hace que los tiempos de recuperación sean menores, ya que se evita la mala y dolorosa postura del cuello de bebé de manera prolongada y el resto de complicaciones que eso conlleva. Existen diversos estudios que confirman la eficacia del tratamiento fisioterápico en este tipo de patologías.

Resumen: *Se define tortícolis como el estado de contracción involuntaria de los músculos cervicales que hace que el cuello quede torcido o inclinado hacia el hombro y duela moverlo. Nuestro caso es un bebé de 7 meses con inclinación derecha de cabeza, dolor con llanto a la palpación de esternocleidomastoideo e hipotonía cervical y dorsal. Se realiza tratamiento con movilizaciones pasivas de cuello y miembros superiores, estiramientos, masoterapia y trabajo activo mediante juguetes u otros estímulos. El bebé se recupera tras 10 sesiones de fisioterapia lo que hace indicar que ésta es una buena herramienta en el tratamiento de dicha patología.*

Palabras Clave: *Tortícolis; congénita; fisioterapia.*

Introducción

Se define la tortícolis como el estado de contracción involuntaria de los músculos cervicales que hace que el cuello quede torcido o inclinado hacia el hombro y sea doloroso moverlo. Se denomina tortícolis congénita cuando ocurre en recién nacidos o bebés menores de dos meses.

Observación

Valoración y exploración física:

- Inclinación de la cabeza hacia el lado derecho acentuada después de largos tiempos en sedestación.
- Pequeño aplanamiento en zona occipito-temporal del lado afectado.
- Limitación en la rotación e inclinación izquierda tanto de forma activa como pasiva, siendo dolorosa.
- Contractura dolorosa a la palpación en ECOM derecho.
- Hipotonía en musculatura cervical y dorsal.

Antecedentes y signos de alerta:

- Diagnosticado de tortícolis congénita a los dos meses de edad.
- Llanto y signos de dolor al movilizar el cuello.
- Dificultad para mamar del pecho izquierdo con resultado de llanto en ocasiones.
- Imposibilidad de mantener una sedestación correcta con el cuello sobre el eje del cuerpo.

Diagnóstico de fisioterapia:

- Tortícolis congénita por contractura en ECOM derecho.

Plan de cuidados

Objetivos:

- Disminuir dolor y lateralización derecha del cuello en posición de sedestación y decúbitos.
- Normalizar tono muscular global.

ISBN: 978-84-949197-6-3

- Recuperar la movilidad articular del cuello.
- Conseguir que el bebé pueda mamar de ambos pechos sin dolor ni llanto.

Tratamiento:

- Movilizaciones pasivas de cuello y miembros superiores.
- Estiramientos de la musculatura de cuello.
- Inhibición de músculo ECOM derecho y masoterapia.
- Trabajo activo en decúbito supino, decúbito prono y sedestación mediante juguetes u otros estímulos.
- Trabajo en casa por parte de familia.

Discusión

Tras las dos primeras sesiones (15 días desde la primera sesión) en la que se toma un primer contacto con el bebé, familiarizándonos con el mediante el juego y estímulos visuales y táctiles:

- Se observa una disminución del llanto y de signos y síntomas de dolor al realizar tanto inclinaciones como rotaciones de cuello en todos sus grados de forma pasiva.
- La madre refiere que presenta menos llanto a la hora de mamar del pecho izquierdo pero con una postura que no es cómoda.
- Mantiene extensión de cuello en decúbito prono durante periodos más largos de tiempo.
- Continúa la inclinación derecha de cuello en sedestación y dificultad para seguir la mirada hacia el lado izquierdo con el tronco quieto.
- Tono muscular de ECOM derecho más normalizado.

Tras sexta sesión (35 días desde la primera sesión):

- Rangos articulares normales tanto en inclinación como rotación de cuello de forma pasiva sin dolor ni llanto.
- ECOM derecho sin hallazgos patológicos a la palpación y observación.
- Movilidad de cuello activa sin pasar la línea media del cuerpo al seguir objetos con la mirada y mediante el juego.
- Movilidad activa hacia ambos lados del cuello en decúbito pronto.
- Mama bien de ambos pechos.
- Tras sexta sesión se decide alargar el tiempo entre sesiones para ver evolución a largo plazo y valoración del trabajo en casa.

Tras décima sesión (55 días desde la primera sesión):

- Completa movilidad de cuello en movimientos de rotación e inclinación de forma pasiva y activa tanto en sedestación como en ambos decúbitos.

- Tono normalizado en musculatura de cuello y en musculatura dorsal.
- Sigue con la mirada objetos y juguetes moviendo el cuello con tronco recto y quieto.
- Alcanza objetos con ambas manos con correcto control postural.
- Alta fisioterápica y continuar con ejercicios en casa.

Conclusiones

El tratamiento fisioterápico en la tortícolis congénita es una opción acertada y efectiva. Una buena valoración inicial y una elección de tratamiento correcta, junto con unas pautas para el trabajo en casa hace que la evolución y recuperación del bebé sea rápida y buena. El precoz diagnóstico de la patología y del trabajo con el niño hace que los tiempos de recuperación sean menores, ya que se evita la mala y dolorosa postura del cuello de bebé de manera prolongada y el resto de complicaciones que eso conlleva. Existen diversos estudios que confirman la eficacia del tratamiento fisioterápico en este tipo de patologías.

Bibliografía

1. García Gallego, Hurtado González, Díaz Pulido, Apolo Arenas. Tortícolis Congénita: incidencia y actuación fisioterápica en neonatos con contractura en el esternocleidomastoideo. Revista Fisioterapia. Volumen 25. Número 1. Enero 2003.
2. Murcia González A. La Terapia Manual en el tratamiento del Tortícolis Muscular Congénito: caso clínico. Revista Fisioterapia. Volumen 10. Número 2. Mayo 2007.
3. Zaldíbar Barinaga, B., Ruiz Torres, B., Delgado Martínez, J. y Urbano Duce, S. (2000). Tortícolis muscular idiopático: estudio de 30 casos en tratamiento rehabilitador. Rehabilitación, 4(34), 294-298.

Capítulo 241

Tratamiento fisioterápico en paciente esquizofrénico tras ingreso de larga duración

García Domínguez, Pedro Javier

HIDROTERAPIA EN LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

I. Introducción

- La **esclerosis múltiple** (EM) es una enfermedad neurológica de carácter progresivo que afecta a las fibras del sistema nervioso central. Es más frecuente en adultos jóvenes y en mujeres. Se produce por una desmielinización de las vainas que produce una comunicación de las neuronas menos eficaz o incluso inexistente.
- Nuestro caso es una paciente de 39 años, diagnosticada de EM con 36 años, la cual hace 2 meses sufrió un brote de su patología, notando una alteración de la marcha así como del equilibrio y cansancio generalizado ante esfuerzos.
- La **hidroterapia** es un método terapéutico en donde se emplean conocimientos fisioterapéuticos de rehabilitación y biomecánica en conjunto con diversas técnicas de tratamiento que sacan el mayor provecho de las propiedades que nos ofrece el medio acuático.

II. Observación clínica

Valoración y exploración física:

- Presenta espasticidad y rigidez en miembros inferiores.
- Marcha en bloque, sin disociar cintura pélvica, y sin apenas flexión de rodillas y caderas en la misma.
- Pérdida de equilibrio y coordinación en bipedestación.
- Ligera hipotonía en miembros superiores pero fuerza y rangos de movimiento conservados.

Antecedentes y signos de alerta:

- Madre de dos hijos pequeños los cuales lleva a menudo en brazos o empujando el carrito.
- Ante esfuerzos o caminatas largas hormigueo en miembros inferiores.
- Esguince de tobillo hace 3 meses del cual aún se resiente ante esfuerzos prolongados.

III. Plan de cuidados

Objetivos y tratamiento de fisioterapia:

- Trabajar el patrón de la marcha. Con una correcta alineación, marcando bien los gestos talón-punta, el balanceo de la cadera y brazos, transferencias de peso.
- Disociación de cinturas.
- Trabajar la báscula pélvica sobre materiales de flotación.
- Mejorar el equilibrio y coordinación con distintas aberturas de piernas, sobre una sola pierna, con ojos cerrados, con desestabilizaciones...
- Mejorar la movilidad y flexibilidad global.
- Aumentar la fuerza de miembros superiores e inferiores aprovechando la resistencia que nos ofrece el medio acuático.
- Mejorar la capacidad funcional y autonomía, siendo facilitado todo por las propiedades del trabajo en el agua.
- Mejorar el esquema corporal así como la resistencia a los esfuerzos.
- Trabajar actividades de la vida diaria adaptadas al medio acuático.

IV. Discusión

- La evolución del paciente ha sido favorable, si bien hay que tener en cuenta que en el tratamiento de patologías neurológicas, en este caso esclerosis múltiple, pueden haber nuevos brotes, exacerbaciones... que ocasionen que el tratamiento siga un curso que no es previsible.
- Aun así, hemos tras la valoración final, se observa una normalización del tono tanto de miembros superiores como inferiores. El patrón de marcha ha mejorado, tanto en el medio acuático como fuera de el, con una mayor flexión de cadera y rodillas y una gran mejora de la disociación de cinturas (pélvica y escapular).
- El equilibrio y coordinación de movimientos también ha mejorado si bien es difícil mantener la posición con una sola pierna.
- El paciente es capaz de realizar mayores esfuerzos sin llegar a la fatiga.

V. Conclusión

- El medio acuático resulta muy interesante y es un medio a tener muy en cuenta desde un punto de vista rehabilitador, ya que sus propiedades pueden ser utilizadas para trabajar objetivos específicos dentro del tratamiento de pacientes con diferentes tipos de lesiones o patologías.
- Se han observado resultados muy positivos en el uso de la hidroterapia en personas con esclerosis múltiple, tanto para el mantenimiento de un buen tono muscular, la mejora de la resistencia, la función respiratoria, mejora de los rangos de movimiento, de la calidad de vida e incluso desde un punto de vista psicológico, disminuyendo los niveles de estrés, ansiedad, depresión...
- La posibilidad de ver que pueden realizar ejercicios o movimientos en el agua que no pueden hacer de manera habitual supone un estimulo y una motivación para seguir trabajando y no ceder en su lucha por mantener su calidad de vida.
- Por todo ello, también es importante hacer ver a nuestros pacientes, no solo con esta patología, si no de manera global, la importancia del ejercicio físico y el movimiento, evitando caer en el sedentarismo y la rutina, y buscando cada día nuevas motivaciones que no les haga pensar constantemente en sus limitaciones si no que son capaces de realizar todo lo que se propongan.

``Un poco más de persistencia, un poco más de esfuerzo, y lo que parecía irremediablemente un fracaso puede convertirse en un éxito glorioso´´. Elbert Hubbard.

SATSE

Resumen: *Se realiza tratamiento de fisioterapia a un paciente con esquizofrenia el cual tras un reajuste de medicación sufre una descompensación orgánica y pasa por numerosos ingresos, llegando a alcanzar un gran deterioro cognitivo y físico. En un principio es incapaz de hablar, tiene una úlcera en sacro y es incapaz de caminar y mantener el equilibrio. Los objetivos principales son aumentar la fuerza muscular global así como mejorar su equilibrio y recuperar la marcha. Tras veinte sesiones es capaz de caminar con ayuda y mantenerse de pie por sí solo. Se levanta del suelo sin ayudas y realiza transferencias autónomas.*

Palabras Clave: *Esquizofrenia; debilidad muscular; fisioterapia.*

Introducción

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave que afecta algunas funciones cerebrales tales como el pensamiento, la percepción, las emociones y la conducta.

Nuestro paciente es un varón de 58 años de edad que tras un reajuste de su mediación psiquiátrica habitual sufre una descompensación a nivel orgánico y como consecuencia tiene numerosos ingresos hospitalarios durante 9 meses.

El paciente regresa al centro de residencia con un gran deterioro a nivel cognitivo y físico, y a partir de ahí comienza su rehabilitación.

Observación clínica

Valoración y exploración física:

- Incapaz de emitir palabras y vocalizar. No se comunica.
- UPP en sacro.
- Balance muscular débil, no superando el grado 2 de la escala Daniels miembros inferiores y superiores.
- No colabora en las transferencias ni en las actividades de la vida diaria.
- Escala de Barthel: 0 puntos.
- No camina, no tiene equilibrio.
- Pérdida de 45 kilos de peso en 9 meses.
- Grados de movilidad articular conservados de forma pasiva.

Antecedentes y signos de alerta:

- Diagnosticado de esquizofrenia en la adolescencia.
- Episodios de agitación y conductas agresivas con personas de su entorno.
- Hasta reajuste de su medicación, persona amable, muy habladora y colaboradora.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Plan de cuidados

Objetivos de fisioterapia:

- Aumentar la fuerza muscular de miembros superiores e inferiores.
- Trabajar equilibrio y apoyo en posición de sedestación y bipedestación.
- Trabajar las trasferencias cama- silla de ruedas.
- Recuperar la marcha tanto con ayudas como de manera autónoma.
- Aumentar y recuperar su calidad de vida en todo lo posible.
- Comenzar trabajo con el paciente al día siguiente del alta hospitalaria para evitar aumentar el tiempo de sedentarismo.

Tratamiento:

- Movilizaciones pasivas en un primer momento.
- Movilizaciones activas y activo resistidas según evolución.
- Trabajo del equilibrio y postura corporal correcta en camilla y silla de ruedas.
- Trabajo de la fuerza y la postura de bipedestación en espalderas.
- Trabajo con balón medicinal.
- Trabajo del paso del suelo a posición de pie ante posibles caídas mediante concepto Bobath.
- Diagonales Kabat en camilla.

Discusión

Realizamos valoraciones de la evolución del paciente cada 5 sesiones:

Realizando el tratamiento de fisioterapia de manera diaria, durante los primeros 5 días se trabaja únicamente en la movilización pasiva de todo el cuerpo y en los cambios posturales para evitar el empeoramiento de UPP sacra e ir aumentando el tono muscular en miembros y que el paciente vaya habituándose a la terapia.

Tras la décima sesión el paciente ha recuperado mucha movilidad de forma autónoma, teniendo grado 3+ en la escala Daniels de balance muscular en miembros inferiores y grado 4 en superiores. Se levanta el sólo de la silla de ruedas y sufre una caída sin consecuencias, al no tener aún equilibrio ni un buen patrón de marcha. Quiere empezar a hacer todo de manera autónoma y sin control lo que dificulta algunos tratamientos. Respecto al habla, se comunica perfectamente y es posible mantener una conversación con él.

Tras 15 sesiones, el paciente es capaz de mantenerse 2 minutos de pie sujeto a las espalderas, trasfiriendo peso de un pie a otro. Capaz de realizar 10 metros de marcha sujeto a las barras paralelas, aunque con dificultad en los cambios de dirección. Sigue aumentando su fuerza muscular y realiza AVDs de manera autónoma (come, ayuda en el aseo, se transfiere para ir al baño).

Tras 20 sesiones el paciente realiza paseos por su centro de residencia sujeto a dos personas. Es capaz de mantenerse de pie de manera autónoma sin ayudas. Se levanta y transfiere solo sin ayudas técnicas de la cama, la silla de ruedas, el sofá… capaz de levantarse desde el suelo en decúbito prono hasta la posición de bipedestación.

El paciente continua actualmente con la rehabilitación de fisioterapia y es esperan nuevos progresos y evolución en su estado físico y de salud.

Conclusión

El comienzo precoz de la rehabilitación en pacientes que han permanecido largos tiempos encamados y sin apenas moverse es muy importante para recuperar cuanto antes un estado de salud y físico óptimos. Es también necesario hacer participes al resto de trabajadores del centro así como a familia y propio paciente para conseguir un trabajo multidisciplinar y que la recuperación sea mas rápida y completa.

El trabajo del equilibrio y la marcha es el más difícil pero donde mayores avances se aprecian, siendo a su vez estimulante y motivador para paciente y familia al ver progresos evidentes.

Conseguir la recuperación de la calidad de vida de un paciente tras tanto tiempo hospitalizado y con graves problemas de salud es una satisfacción para los profesionales que han trabajado junto a él y hace visible la importancia del trabajo de todo el personal sanitario que aunque a veces no se llega a ver de manera directa, con el tiempo queda demostrada su necesidad.

Bibliografía

1. Ciudad A, Bobes J, Álvarez E, San L, Novick D et al Resultados clínicos relevantes en esquizofrenia: remisión y recuperación. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2011; 04(01):53-65.
2. Soundy A, Freeman P, Stubbs B, Probst M, Coffee P, Vancampfort D. The transcending benefits of physical activity for individuals with schizophrenia: A systematic review and meta-ethnography. Psychiatry Res. 2014; 220(1):11-19.
3. Vera-Garcia E, Mayoral-Cleries F, Vancampfort D, Stubbs B, Cuesta-Vargas AI. A systematic review of the benefits of physical therapy within a multidisciplinary care approach for people with schizophrenia: An update. Psychiatry Res. 2015; 229: 828- 839.

Capítulo 242

Tratamiento fisioterápico: Punción seca en el tratamiento de la espasticidad. A propósito de un caso clínico

Simón Sierra, Juan José

Cotés Pérez, Irene

Acosta López, Alexandra

TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO: PUNCIÓN SECA EN EL TRATAMIENTO DE LA ESPASTICIDAD. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

SATSE

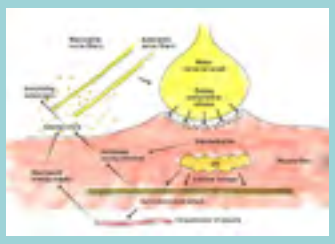
INTRODUCCIÓN

La espasticidad se define como: “Resistencia dependiente del movimiento pasivo”. Se estima una prevalencia solo en España de 300.000 – 400.000 casos. Muchos tratamientos pero ninguno completamente efectivos (Botox, Baclofeno, terapias físicas…) Todos intentan normalizar el tono. Existe muy poca evidencia sobre el uso de la punción seca en este trastorno neuromotor.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Mujer de 40 años de edad que sufre hace 8 años un daño cerebral adquirido a causa de un tumor cerebral en la hipófisis (fosa posterior) que resulta en hemiplejía derecha, la cual le obliga a estar en silla de ruedas. Se evalúa mediante las siguientes escalas:

- Escala Modificada de Ashworth.
- Goniometría convencional.
- Escala analógica visual del dolor (EVA).
- Índice de Barthel.
- Escala de independencia funcional.



• **Figura 1. Hipótesis integrada de los puntos gatillo. .** *Obtenido de (Delgado Vázquez E, Romero Cascos J, Escoda Gay C. (2009). El dolor miofascial asociado a puntos gatillo: Revisión de la literatura. (I): Epidemiología, clínica y etiopatogenia. (Spanish). Med Oral Patol Oral Cir Bucal, 14, 5, 264-267.*

INTERVENCIÓN FISIOTERÁPICA

•Los músculos tratados fueron pronador redondo, flexor radial del carpo y flexor cubital del carpo, siguiendo las indicaciones de Dommerholt et al (2013).

•Para realizar la punción necesitamos encontrar estos criterios esenciales reflejados por Herrero et al (2007):

•-Restricción al estiramiento pasivo.

•-Banda tensa palpable en los músculos afectados.

•-Nódulo palpable en una banda tensa.

DISCUSIÓN

Son muy pocos los artículos relacionados con la aplicación de la punción seca y las afecciones neurológicas por lo cual la evidencia científica en esta área está aún por descubrir. Las repercusiones clínicas de los puntos gatillo miofasciales en pacientes con una lesión del sistema nervioso central han sido poco estudiada. Los resultados del estudio demuestran que la técnica de punción seca posee unos efectos terapéuticos tales como una disminución de la hipertonía debido a los cambios que se producen a nivel de la placa y la fibra muscular es decir, una disminución de los niveles de Acetilcolina por rotura de la placa motora, se produce un lavado de sustancias sensibilizantes a través de la respuesta de espasmo local o respuesta de espasmo global y una normalización de la fibra muscular y por tanto de las aferencias. Por otro lado se consigue una mejora del reclutamiento motor debido a los cambios que se producen a nivel medular: neuromodulación del reflejo miotático y los fenómenos de plasticidad neuronal.

CONCLUSIÓN

Los resultados de este ensayo sugieren que cuatro sesiones de punción seca disminuyen la hipertonía en sujetos con espasticidad durante la sesión de tratamiento. Es difícil determinar si la disminución de la resistencia al movimiento pasivo se debe a una disminución de la espasticidad. La Punción seca puede ser una herramienta de trabajo muy útil para el fisioterapeuta y que debe ser complementada con las mejores técnicas disponibles. Existen numerosas incógnitas por todo ello consideramos necesarios más estudios de investigación sobre la aplicación de la punción seca en este tipo de sujetos con espasticidad. Consideremos interesante después de encontrar numerosa literatura sobre las similitudes entre la técnica de punción seca y la toxina botulínica en cuanto al mecanismo de acción, analizar en los venideros estudios los costes, efectos secundarios, duración de los efectos, periocidad de aplicación y evidencia científica sobre la punción seca y la toxina botulínica tipo A. Creemos que la punción seca sería una buena alternativa y mucho más accesible que la toxina botulínica.

BIBLIOGRAFÍA

•-Dommerholt JGl,J., Gröbli C, Weissman R. Punción seca profunda de los músculos del brazo y de la mano. Punción seca de los puntos gatillo. Una estrategia clínica basada en la evidencia. Barcelona: Elsevier España; 2013. p. 121-136.

•-Herrero P. Efectos de la técnica de punción seca DNHS sobre la espasticidad: implicaciones clínicas y líneas de investigación. XV Jornadas Formativas de la AETB (Asociación española de terapeutas Bobath) 2010(26):21-25.

•-Fleuren JF, Voerman GE, Erren-Wolters CV, Snoek GJ, Rietman JS, Hermens HJ, et al. Stop using the Ashworth Scale for the assessment of spasticity. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2010 Jan;81(1):46-52.

•-Herrero P, Mayoral del Moral O. A case study looking at the effectiveness of deep dry needling for the management of hypertonia. Journal of Musculoskelatal Pain 2007;15(2):55-60.

•-Ansari NN, Naghdi S, Fakhari Z, Radinmehr H, Hasson S. Dry needling for the treatment of poststroke muscle spasticity: a prospective case report. NeuroRehabilitation 2015;36(1):61-65.

Resumen: *La espasticidades en un trastorno que afecta a multitud de pacientes post-ictus, existen bastantes tratamientos, todos son en mayor o menor medida efectivos, la punción seca es una alternativa que ofrece resultados.*

Nuestro estudio consiste en probar la efectividad de la punción seca en un paciente post-ictus, y comprobar si mejora la funcionalidad, el dolor y disminuye la espasticidad de forma considerable, valoramos a través de las escalas Asworth, EVA, Barthel y la escala de independencia funcional además de usar la goniometría, podemos concluir que la punción seca podría ser una herramienta útil en el manejo de espasticidad.

Palabras Clave: *Muscle Spasticity; physical therapy specialty; therapeutics.*

Introducción

La espasticidad se define como: “Resistencia dependiente del movimiento pasivo”. Se estima una prevalencia solo en España de 300.000 – 400.000 casos. Muchos tratamientos pero ninguno completamente efectivos (Botox, Baclofeno, terapias físicas…) Todos intentan normalizar el tono. Existe muy poca evidencia sobre el uso de la punción seca en este trastorno neu-romotor.

Observación clínica

Mujer de 40 años de edad que sufre hace 8 años un daño cerebral adquirido a causa de un tumor cerebral en la hipófisis (fosa posterior) que resulta en hemiplejía derecha, la cual le obliga a estar en silla de ruedas. Se evalúa mediante las siguientes escalas:

- Escala Modificada de Ashworth.
- Goniometría convencional.
- Escala analógica visual del dolor. EVA.
- Índice de Barthel.
- Escala de independencia funcional.

Intervención fisioterápica

Los músculos tratados fueron pronador redondo, flexor radial del carpo y flexor cubital del carpo, siguiendo las indicaciones de Dommerholt et al (2013).

Para realizar la punción necesitamos encontrar estos criterios esenciales reflejados por Herrero et al (2007):

- Restricción al estiramiento pasivo.
- Banda tensa palpable en los músculos afectados.
- Nódulo palpable en una banda tensa.

Discusión

Son muy pocos los artículos relacionados con la aplicación de la punción seca y las afecciones neurológicas por lo cual la evidencia científica en esta área está aún por descubrir. Las repercusiones

ISBN: 978-84-949197-6-3

clínicas de los puntos gatillo miofasciales en pacientes con una lesión del sistema nervioso central han sido poco estudiada. Los resultados del estudio demuestran que la técnica de punción seca posee unos efectos terapéuticos tales como una disminución de la hipertonía debido a los cambios que se producen a nivel de la placa y la fibra muscular es decir, una disminución de los niveles de Acetilcolina por rotura de la placa motora, se produce un lavado de sustancias sensibilizantes a través de la respuesta de espasmo local o respuesta de espasmo global y una normalización de la fibra muscular y por tanto de las aferencias. Por otro lado se consigue una mejora del reclutamiento motor debido a los cambios que se producen a nivel medular: neuromodulación del reflejo miotático y los fenómenos de plasticidad neuronal.

Conclusión

Los resultados de este ensayo sugieren que cuatro sesiones de punción seca disminuyen la hipertonía en sujetos con espasticidad durante la sesión de tratamiento. Es difícil determinar si la disminución de la resistencia al movimiento pasivo se debe a una disminución de la espasticidad. La Punción seca puede ser una herramienta de trabajo muy útil para el fisioterapeuta y que debe ser complementada con las mejores técnicas disponibles. Existen numerosas incógnitas por todo ello consideramos necesarios más estudios de investigación sobre la aplicación de la punción seca en este tipo de sujetos con espasticidad. Consideremos interesante después de encontrar numerosa literatura sobre las similitudes entre la técnica de punción seca y la toxina botulínica en cuanto al mecanismo de acción, analizar en los venideros estudios los costes, efectos secundarios, duración de los efectos, periocidad de aplicación y evidencia científica sobre la punción seca y la toxina botulínica tipo A. Creemos que la punción seca sería una buena alternativa y mucho más accesible que la toxina botulínica.

Bibliografía

1. Dommerholt JGI,J., Gröbli C, Weissman R. Punción seca profunda de los músculos del brazo y de la mano. Punción seca de los puntos gatillo. Una estrategia clínica basada en la evidencia. Barcelona: Elsevier España; 2013. p. 121-136.
2. Herrero P. Efectos de la técnica de punción seca DNHS sobre la espasticidad: implicaciones clínicas y líneas de investigación. XV Jornadas Formativas de la AETB (Asociación española de terapeutas Bobath) 2010(26):21-25.
3. Fleuren JF, Voerman GE, Erren-Wolters CV, Snoek GJ, Rietman JS, Hermens HJ, et al. Stop using the Ashworth Scale for the assessment of spasticity. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2010 Jan;81(1):46-52.
4. Herrero P, Mayoral del Moral O. A case study looking at the effectiveness of deep dry needling for the management of hypertonia. Journal of Musculoskelatal Pain 2007;15(2):55-60.
5. Ansari NN, Naghdi S, Fakhari Z, Radinmehr H, Hasson S. Dry needling for the treatment of poststroke muscle spasticity: a prospective case report. NeuroRehabilitation 2015;36(1):61-65.

Capítulo 243

Ultraprocesados y cáncer. ¿Qué debemos fomentar en la consulta de enfermería?

Vivar Lopez-Bueno, Silvia

Mazuecos Araque, María del Pilar

Molina Torrecillas, Inmaculada

Los ultraprocesados y el cáncer ¿qué debemos fomentar en la consulta de enfermería?

1 INTRODUCCIÓN

En un lapso de tiempo bastante corto la alimentación de la población global ha cambiado sustancialmente: desde alimentos sin control sanitario recién cosechados y recogidos en las tierras colindantes con los que se cocinaba en los hogares el menú familiar; a los ya ampliamente conocidos como **"alimentos ultraprocesados"**, altamente sabrosos y listos para consumir. Paradójicamente, en este tiempo ha aumentado la tasa de las llamadas enfermedades del siglo XXI, entre ellas el cáncer, con 14.1 millones de casos nuevos diagnosticados en 2012.

Debido a la dificultad de tratamiento y la alta tasa mundial, es indispensable que conozcamos los resultados arrojados en los últimos estudios, para proporcionar recomendaciones viables en nuestra consulta de enfermería, con el objetivo de promocionar la salud pública.

2 OBJETIVOS

Investigar y reflejar:

- **Impacto de los ultraprocesados en la salud**
- **Impacto de los ultraprocesados en la incidencia de cáncer**
- **Importancia de una dieta equilibrada y libre de ultraprocesados en la salud pública**

3 MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una revisión bibliográfica con palabras clave en diferentes bases de datos (Cochrane, PubMed, Cuiden, Scielo y Medes Medicina en español, Dialnet, Google académico)

Sólo se han tenido en cuenta estudios en español e inglés.

4 RESULTADOS

World Cancer Research Fund International

En este informe se pone de manifiesto cómo y en qué grado afecta al desarrollo de cáncer el ejercicio físico y el tipo de dieta.
Los alimentos y las bebidas pueden ser vectores que actúan como carcinógenos a través de vías específicas. Por ejemplo, en el caso del cáncer colorrectal se encontró que la cantidad de roturas monocatenarias en la mucosa colorrectal es significativamente menor en personas con una dieta rica en vegetales, yogur y clorfilina que en dietas muy altas en carnes.

NutriNet-Santé

Muestra de 104980 participantes desde el año 2009 a 2017

- Los ultraprocesados se asociaron con un mayor riesgo de cáncer en general (de 6% a 18%), especificamente las grasas, las salsas ultraprocesadas, los productos azucarados y los refrescos.
- En cuanto al cáncer de mama, los productos azucarados fueron los que mostraron una relación especifica entre ambas variables (de un 2% a un 22%).

Pou SA, Niclis C, Aballay LR et al.

- En cuanto al cáncer colorrectal y urotelial los autores encontraron relación significativa con bebidas azucaras, carnes rojas, vegetales amiláceos y vino.
- En cuanto al cáncer de mama, encontraron relación significativa con carnes grasas, pastelería, aceites, mayonesa, carnes procesadas y granos refinados.
- En cuanto al cáncer próstata, encontraron relación significativa con carnes grasas, huevos, granos y vegetales amiláceos, jugos, gaseosas y carnes rojas magras.

American Institute for Cancer Research

Relacionana cáncer colorrectal con carnes procesadas.

5 CONCLUSIONES

- El consumo de ultraprocesados ha aumentado significativamente en las últimas décadas
-El consumo de ultraprocesados diario desplaza el consumo de alimentos mínimamente procesados o naturales en la alimentación de la población general
-Los últimos estudios relacionan un consumo excesivo con un riesgo más alto de sufrir diferentes tipos de cáncer.
-Basándonos en las ultimas investigaciones, en la consulta de Enfermería debemos fomentar el consumo de alimentos naturales y productos minimamente procesados e informar a nuestros pacientes de los riesgos asociados a un consumo excesivo y diario de ultraprocesados, con el objetivo de prevenir enfermedades y promocionar la salud pública.

Resumen: *En un corto espacio de tiempo la alimentación de la población general ha cambiado sustancialmente, desde un menú elaborado diariamente en los hogares con productos de la zona, a alimentos manufacturados comprados listos para el consumo, que poco a poco han ido desplazando a los alimentos naturales, y aumentando su consumo entre la población gracias a su intenso sabor, fácil adquisición y ahorro de tiempo.*

En la consulta de enfermería debemos informar adecuadamente a los pacientes sobre la alimentación más saludable, y es por ello nuestra labor conocer la relación de los ultraprocesados con ciertas enfermedades peligrosas para la población.

Palabras Clave: *Enfermería (nursing); cáncer (cancer); dieta saludable (healthy diet).*

Introducción

En un lapso de tiempo bastante corto la alimentación de la población global ha cambiado sustancialmente: desde alimentos sin control sanitario recién cosechados y recogidos en las tierras colindantes con los que se cocinaba en los hogares el menú familiar; a los ya ampliamente conocidos como «alimentos ultraprocesados», altamente sabrosos y listos para consumir. Paradójicamente, en este tiempo ha aumentado la tasa de las llamadas enfermedades del siglo XXI, entre ellas el cáncer, con 14.1 millones de casos nuevos diagnosticados en 2012.

Debido a la dificultad de tratamiento y la alta tasa mundial, es indispensable que conozcamos los resultados arrojados en los últimos estudios, para proporcionar recomendaciones viables en nuestra consulta de enfermería, con el objetivo de promocionar la salud pública.

Objetivos

Investigar y reflejar:

- El impacto de los ultraprocesados en la salud.
- El impacto de los ultraprocesados en la incidencia de cáncer.
- La importancia de una dieta equilibrada y libre de ultraprocesados en la salud de la población general.

Material y método

Se ha realizado una revisión bibliográfica con palabras clave en diferentes bases de datos (Cochrane, PubMed, Cuiden, Scielo y Medes Medicina en español, Dialnet, Google académico).

Solo se han tenido en cuenta estudios en dos idiomas: Español e inglés.

Resultados

La globalización del mercado alimenticio ha dado lugar a que se distribuyan mundialmente una amplia variedad de productos conocidos como productos ultraprocesados. Según la Pan American Health Organization (PAHO) los productos ultraprocesados se definen como productos elaborados principalmente con ingredientes industriales, que normalmente contienen poco o ningún alimento

ISBN: 978-84-949197-6-3

entero, y que son formulados en su mayor parte a partir de ingredientes industriales, conteniendo poco o ningún alimento natural.

El cáncer, es una de las enfermedades más prevalentes en nuestra actualidad. De hecho, algunas fuentes como la American Cancer Society estiman que a lo largo 2018 1.735.350 personas recibirán un diagnóstico de cáncer en los Estados Unidos, siendo el más prevalente el cáncer de próstata en el caso de los hombres (19%) y el de mama en el caso de las mujeres (30%).

Existen diferentes estudios que ponen de manifiesto la relación entre ambas variables: ultraprocesados y cáncer

El último informe de World Cancer Research Fund International pone de manifiesto cómo y en qué grado afecta al desarrollo de cáncer el ejercicio físico y el tipo de dieta. En él se expone también que los alimentos y las bebidas pueden ser vectores que actúan como carcinógenos a través de vías específicas. Por ejemplo, en el caso del cáncer colorrectal se encontró que la cantidad de roturas monocatenarias en la mucosa colorrectal es significativamente menor en personas con una dieta rica en vegetales, yogur y clorfilina que en dietas muy altas en carnes.

El estudio NutriNet-Santé cuenta con una muestra de 104980 participantes a través de cuestionarios rellenados por internet desde el año 2009 a 2017. Encontraron que los ultraprocesados se asociaron con un mayor riesgo de cáncer en general (de 6% a 18%), específicamente las grasas, las salsas ultraprocesadas, los productos azucarados y los refrescos. Específicamente en el caso del cáncer de mama, los productos azucarados fueron los que mostraron una relación específica entre ambas variables (de un 2% a un 22%).

Otro de los estudios consultados, publicado en la revista Nutrición Hospitalaria en el año 2014 titulado “Cáncer y su asociación con patrones alimentarios en Córdoba (Argentina), identificaron los patrones alimentarios en la población adulta de Córdoba (Argentina) y estimaron sus efectos sobre el riesgo de ocurrencia de cáncer colorrectal, cáncer de mama, cáncer de próstata y cáncer urotelial. Los resultados mostraron una asociación entre diferentes tipos de alimentos y diferentes tipos de cáncer. En cuanto al cáncer colorrectal y urotelial los autores encontraron relación significativa con bebidas azucaras, carnes rojas, vegetales amiláceos y vino. Concretamente en el caso del cáncer de mama encontraron relación significativa con carnes grasas, pastelería, aceites, mayonesa, carnes procesadas y granos refinados. En cuanto al cáncer próstata, encontraron relación significativa con carnes grasas, huevos, granos y vegetales amiláceos, jugos, gaseosas y carnes rojas magras.

Por último, la American Institute for Cancer Research pone de manifiesto la relación del cáncer colorrectal con carnes procesadas.

Conclusión

Tras esta revisión bibliográfica podemos afirmar que el consumo de ultraprocesados ha aumentado significativamente en las últimas décadas e incluso desplaza a diario el consumo de alimentos naturales entre la población general.

Asimismo, los últimos estudios consultados relacionan un consumo excesivo de ultraprocesados con un riesgo más alto de sufrir diferentes tipos de cáncer.

Por ello,basándonos en las ultimas investigaciones, en la consulta de Enfermería debemos fomentar el consumo de alimentos naturales y productos minimamente procesados e informar a nuestros pacientes de los riesgos asociados a un consumo excesivo y diario de ultraprocesados, con el objetivo de prevenir enfermedades y promocionar la salud de nuestros pacientes.

Bibliografía

1. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2018 [Internet]. Atlanta; 2018. Disponible en: https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-andstatistics/annual-cancer-facts-and-figures/2018/cancer-facts-and-figures2018.pdf.

2. World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research. The cancer process [Internet]. 2018. Disponible en: https://www.wcrf.org/sites/default/files/The-cancer-process.pdf.

3. Fiolet T, Srour B, Sellem L, Kesse-Guyot E, Allès B, Méjean C, et al. Consumption of ultra-processed foods and cancer risk: results from NutriNetSanté prospective cohort. Br Med J [Internet]. 2018;360(322):1-10. Disponible en: https://www.bmj.com/content/bmj/360/bmj.k322.full.pdf.

4. Pou SA, Niclis C, Aballay LR, Tumas N, Román MD, Muñoz SE, et al. Cáncer y su asociación con patrones alimentarios en Córdoba (Argentina). Nutr Hosp. [Internet]. 2014;29(3):618-28. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S02121611201400030022.

Capítulo 244

Una caída, una fractura de cadera

Gómez Caraballo Jimenez Galanes, Jesús Manuel

UNA CAIDA, UNA FRACTURA DE CADERA.

INTRODUCCIÓN

La fractura de la extremidad proximal del fémur o fractura de cadera es la complicación más importante de la osteoporosis en términos de morbilidad, mortalidad y costes. Este tipo de urgencias es la causa más frecuente de ingreso en los servicios de traumatología.
En este Punto de Urgencias se atiende a una población muy importante. Es por ello que siempre hay que estar alerta ante cualquier urgencia que se pueda presentar, como es la fractura de cadera.
El progresivo envejecimiento poblacional supone un aumento de dicha patología, conllevando un deterioro funcional de quien lo padece. De gran importancia es la prevención primaria (evitar factores de riesgo como la osteoporosis), la prevención secundaria (evitar que la fractura de cadera origine incapacidad) y la prevención terciaria (evitar que la incapacidad origine dependencia).

OBJETIVOS

-Identificar los factores de riesgo que predisponen a padecer dicha patología.
-Conocer la mejor evidencia clínica sobre la morbi-mortalidad en la fractura de cadera.
-Conocer la evolución funcional tras sufrir una fractura de cadera.





METODOLOGÍA

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en las bases de datos: PUBMED, Cochrane, sCielo y Medline, así como en revistas científicas y artículos relacionados desde el año 2010.
PALABRAS CLAVE: Fractura de cadera, osteoporosis, factores de riesgo, evolución funcional.

RESULTADOS

-Aproximadamente el 90% de los casos ocurren en mayores de 64 años y se prevé un aumento del número de fracturas de cadera en los próximos años.
-Existe predominio del sexo femenino (3 de cada 4 casos) en dicha patología.
-Entre los factores de riesgo de fractura de cadera, incluimos mayores de 80 años, sexo femenino, dependencia previa de la ABVD, enfermedades crónicas (demencias, anemias…), problemas de deambulación…
-A pesar de las diferentes terapias de rehabilitación, se establece una recuperación de entre el 40-50%.
-Existe consenso sobre la necesidad de realizar la IQ en las primeras 24-48 horas.
-La polifarmacia, el sexo masculino, la desnutrición, hipotensión, tabaco, alcohol, deterioro cognitivo…favorece la aparición de complicaciones postoperatorias.
-En España, la mortalidad hospitalaria de ancianos con fractura de cadera es del 5% aproximadamente.
-Varios de los factores predictores relacionados con la mortalidad son el sexo masculino, la demencia y la mala situación funcional previa entre otros.
-La fractura de cadera es una de las fracturas más fáciles de cuantificar, ya que prácticamente siempre requiere de ingreso.
-La institucionalidad tras un proceso de fx de cadera, varía desde un 9% y un 29%.
-En cuanto a la evolución funcional, un 87% vuelve a caminar sin ayuda.

CONCLUSIONES

Existe una elevada incidencia de fractura de cadera en ancianos, con una gran variabilidad en lo que respecta a edad, sexo, estancia y mortalidad hospitalaria. Se hace necesario muchos estudios más para mejorar el tratamiento hospitalario y conseguir una mayor recuperación de la situación funcional. Se hace evidente que se trata de la epidemia del presente siglo.

Bibliografía:
1.-Palacios Gil, Santiago. Comprender la Osteoporosis. Ed. Amat 2012.
2.-Torrijos Garrido, P. Fractura de cadera, efecto de la demora quirúrgica sobre la mortalidad y la recuperación funcional. Madrid. 2007.
3.-La Osteoporosis. La epidemia silenciosa del siglo XX. Herrera Rodríguez, Antonio. 2017.

Resumen: *La fractura de cadera, causa más frecuente de ingreso en urgencias. El envejecimiento poblacional supone un aumento de dicha patología, conllevando un deterioro funcional de quien lo padece. Pretendemos identificar los factores de riesgo, conocer la mejor evidencia clínica y la evolución funcional tras sufrir una fractura de cadera. Mediante una revisión sistemática, concluimos que en el 90% de los casos ocurre en mayores de 64 años. Existe una elevada incidencia de fractura de cadera en ancianos, con variabilidad en lo que respecta a edad, sexo y mortalidad hospitalaria. Se hace necesario muchos estudios más para mejorar el tratamiento.*

Palabras Clave: *Fractura de cadera; osteoporosis; evolución funcional.*

Introducción

La fractura de la extremidad proximal del fémur o fractura de cadera es la complicación más importante de la osteoporosis en términos de morbilidad, mortalidad y costes. Este tipo de urgencias es la causa más frecuente de ingreso en los servicios de traumatología.

El progresivo envejecimiento poblacional supone un aumento de dicha patología, conllevando un deterioro funcional de quien lo padece.

De gran importancia es la prevención primaria (evitar factores de riesgo como la osteoporosis), la prevención secundaria (evitar que la fractura de cadera origine incapacidad) y la prevención terciaria (evitar que la incapacidad origine dependencia).

Objetivos

Identificar los factores de riesgo que predisponen a padecer dicha patología. Conocer la mejor evidencia clínica sobre la morbi-mortalidad en la fractura de cadera. Conocer la evolución funcional tras sufrir una fractura de cadera.

Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en las bases de datos: PUBMED, Cochrane, sCielo y Medline, así como en revistas científicas y artículos relacionados desde el año 2010.

Resultados

Aproximadamente el 90 % de los casos ocurren en mayores de 64 años y se prevé un aumento del número de fracturas de cadera en los próximos años. Existe predominio del sexo femenino (3 de cada 4 casos) en dicha patología. Entre los factores de riesgo de fractura de cadera, incluimos mayores de 80 años, sexo femenino, dependencia previa de las actividades básicas de la vida diaria, enfermedades crónicas (demencias, anemias…), problemas de deambulación…A pesar de las diferentes terapias de rehabilitación, se establece una recuperación de entre el 40-50%. Existe consenso sobre la necesidad de realizar la intervención quirúrgica en las primeras 24-48 horas. La polifarmacia, el sexo masculino, la desnutrición, hipotensión, tabaco, alcohol, deterioro cognitivo…favorece la aparición de complicaciones postoperatorias. En España, la mortalidad hospitalaria de ancianos con fractura de cadera es del 5% aproximadamente. Varios de los factores predictores relacionados con

ISBN: 978-84-949197-6-3

la mortalidad son el sexo masculino, la demencia y la mala situación funcional previa entre otros. La fractura de cadera es una de las fracturas más fáciles de cuantificar, ya que prácticamente siempre requiere de ingreso. La institucionalidad tras un proceso de fractura de cadera, varía desde un 9% y un 29%. En cuanto a la evolución funcional, un 87% vuelve a caminar sin ayuda.

CONCLUSIONES.

Existe una elevada incidencia de fractura de cadera en ancianos, con una gran variabilidad en lo que respecta a edad, sexo, estancia y mortalidad hospitalaria. Se hace necesario muchos estudios más para mejorar el tratamiento hospitalario y conseguir una mayor recuperación de la situación funcional. Se hace evidente que se trata de la epidemia del presente siglo.

Bibliografía

1. Palacios Gil, Santiago. Comprender la Osteoporosis. Ed. Amat 2012.
2. Torrijos Garrido, P. Fractura de cadera, efecto de la demora quirúrgica sobre la mortalidad y la recuperación funcional. Madrid. 2007.
3. La usteoporosis. La epidemia silenciosa del siglo XX. Herrera Rodríguez, Antonio. 2017.

Capítulo 245

UPP de talón en Atención Primaria

Tejado Moral, María

Da Silva de Vicente, Gema Natalia

CASO CLÍNICO: UPP DE TALÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

INTRODUCCION

Las úlceras por presión (UPP) constituyen un importante problema de salud pública y de seguridad del paciente. Según últimos estudios realizado en nuestro país la prevalencia en hospitales se sitúa en un 7,87%; en centros sociosanitarios en un 13,41% y en atención primaria, en un 8,51%. Una situación de salud que genera serias implicaciones sobre el paciente, sus cuidadores, la familia y la calidad de vida a todos los niveles: físico, psicológico y social, incrementando el riesgo de muerte en las personas que las padecen.

OBSERVACION CLINICA

Mujer de 84 años, con antecedentes de Hipertensión arterial, Insuficiencia Renal Crónica, que convive con su marido, camina con andador y es independiente para las actividades básicas de la vida diaria hasta hace dos semanas, que presenta gran debilidad generalizada. Por ello, su hija ha tenido que ayudarle a vestirse, sujetarla en los desplazamientos por la casa, hacer la comida y demás cuidados básicos. Tras varios días con actividad cama sillón, poco apetito, su hija acude a la consulta de enfermería, comentando que está preocupada por su madre, desde hace una semana no come apenas, no se mueve y ha notado una zona enrojecida en un talón. La enfermera acude al domicilio, realiza toma de constantes, supervisa el estado de piel y mucosas, zonas propensas a tener UPP. Tras valorar el talón, realiza escala Braden obteniendo 14 puntos, por lo que presenta un riesgo moderado a la presentación de UPP. Después, evaluó el estado nutricional con la escala Mini Nutritional Assesessment, obteniendo una puntuación de 10, indicando un riesgo de malnutrición. Con todo, realizó con la cuidadora principal un plan de cuidados individualizado de prevención.

La cura del talón se ha realizado cada 48h-72 horas, ha precisado varios cambios de tratamiento, según cambiaba su aspecto. Al principio, la UPP de grado II, progresó a grado III. Se realizó cortes en rejilla y se aplicaba Colagenasa (Iruxol®). Después, se tuvo que desbridar y se cambió a Blastoestimulina®, mejorando progresivamente. Actualmente, tras tres meses de curas acompañado de mejoría en la alimentación, la herida está cerrada y la piel epitelizada siendo dada de Alta por parte en Enfermería.



30 NOV 18
UPP III Necrosis Hidrogel +Colagenasa + Hidropolimerico c/48h



04 DIC 18
Necrosis blanda Hidrogel+ Colagenasa + Hidropolimérico c/ 48 h



16 DIC 18
Necrosis Colagenasa + Hidropolimérico c/48h



04 ENE 18
UPP III Necrosis blanda Corte superficial Hidrogel+ Colagenasa+ Hidropolimérico c/48h



12 FEB 19
Fibrina y tejido de Granulación en bordes. Desbridar fibrina. Colagenasa



02 MARZO 19
Fibrina y tej Granulación Blastoestimulina + Hidroplimérico c/ 48h



24 MARZO 19
ALTA : piel íntegra Ácidos grasos Hiperoxigenados

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

DIAGNOSTICO NANDA	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS	NOC	NIC
00102 Déficit de autocuidado, alimentación	Incapacidad para: - Coger los alimentos con los utensilios - Completar una comida - Abrir los recipientes	Debilidad o cansancio.	303Cuidados personales: comer 1010Estado de deglución	1050Alimentación 1100Manejo de la nutrición 1803Ayuda con los autocuidados: alimentación
00085 Deterioro de la movilidad física	Cambios en la marcha (disminución de la velocidad de la marcha, dificultad para iniciar el paso, pasos cortos, andar arrastrando los pies, balanceo postural lateral exagerado).	Disminución de la fuerza, control o masa muscular	206Movimiento articular activo 208Nivel de movilidad 209Función muscular	200Fomento del ejercicio 224Terapia de ejercicios: movilidad articular 1801Ayuda con los autocuidados: baño / higiene 1802Ayuda con los autocuidados: vestir /arreglo personal 1803Ayuda con los autocuidados: alimentación 7040Apoyo al cuidador principal
00046 Deterioro de la Integridad Cutánea	Destrucción de las capas de la piel (dermis).	Inmovilización física. Alteración estado nutricional (obesidad, emaciación). Alteración de la circulación.	1004Estado nutricional 1101Integridad tisular: piel y membranas mucosas 1102Curación de la herida: por primera intención	840Cambio de posición 1100Manejo de la nutrición 1660Cuidados de los pies 3520Cuidados de las úlceras por presión 3540Prevención de las úlceras por presión 3590Vigilancia de la piel 3660Cuidados de las heridas
00155 Riesgo de caídas		Dificultad en la marcha	1902: Control del riesgo 1912: Estado de seguridad: caídas	6486: Manejo ambiental: seguridad 6490: Prevención de caídas 6654: Vigilancia: seguridad

DISCUSION

El plan de cuidados ha ayudado a la paciente a recuperar la integridad de la piel del talón, ya que mejoró la alimentación, la movilidad y la fuerza. El equipo de atención primaria ha podido desarrollar un cuidado íntegro de la paciente basado en prevención, diagnóstico y tratamiento multidisciplinar con humanización en sus cuidados. La familia ha sido un apoyo importante para la conseguir los objetivos programados, llevando a cabo las actividades que se les enseñó, especialmente una hija que ha ejercido de cuidadora principal.

CONCLUSIONES

Existe un amplio consenso en considerar que la prevención constituye el método más eficiente de afrontar el problema frente al coste del tratamiento, por la importante disminución de gastos directos e indirectos, el tiempo que dedican los profesionales sanitarios a su cuidado, se reducen las estancias hospitalarias derivadas de estas lesiones y el sufrimiento intangible de pacientes y familiares que han de enfrentarse diariamente a estas lesiones, según organismos nacionales e internacionales que velan por mejorar la calidad de la atención sanitaria (Organización Mundial de la Salud, Joint Commission, etc.).

La formación continua de los profesionales de atención primaria y especializada en cuanto a prevención, nuevos tratamientos, medicamentos, parches y pomadas es imprescindible para dar cuidados de calidad a nuestros pacientes.

Resumen: *Las úlceras por presión (UPP) son las lesiones de la piel y tejido adyacente que se producen como resultado de una presión prolongada sobre la piel. Las personas que corren más riesgo de padecerlas son las que tienen una enfermedad que limita su capacidad de cambiar de posición, o si pasan mucha parte del tiempo en una silla o encamado. A continuación se presenta el caso de una paciente de 84 años a la que se le realizan curas en su domicilio por padecer UPP de grado III en talón de pie izquierdo, y su evolución hasta su resolución.*

Palabras Clave: Úlcera por presión; hidrogel; inmovilización.

Introducción

Las úlceras por presión (UPP) constituyen un importante problema de salud pública y de seguridad del paciente. Según últimos estudios realizados en nuestro país la prevalencia en hospitales se sitúa en un 7,87%; en centros sociosanitarios en un 13,41% y en atención primaria, en un 8,51%. Una situación de salud que genera serias implicaciones sobre el paciente, sus cuidadores, la familia y la calidad de vida a todos los niveles: físico, psicológico y social, incrementando el riesgo de muerte en las personas que las padecen.

Observación clínica

Mujer de 84 años, con antecedentes de Hipertensión arterial, Insuficiencia Renal Crónica, que convive con su marido, camina con andador y es independiente para las actividades básicas de la vida diaria hasta hace dos semanas, que presenta gran debilidad generalizada. Por ello, su hija ha tenido que ayudarle a vestirse, sujetarla en los desplazamientos por la casa, hacer la comida y demás cuidados básicos. Tras varios días con actividad cama sillón, poco apetito, su hija acude a la consulta de enfermería, comentando que está preocupada por su madre, desde hace una semana no come apenas, no se mueve y ha notado una zona enrojecida en un talón. La enfermera acude al domicilio, realiza toma de constantes, supervisa el estado de piel y mucosas, zonas propensas a tener UPP. Tras valorar el talón, realiza escala Braden obteniendo 14 puntos, por lo que presenta un riesgo moderado a la presentación de UPP. Después, evaluó el estado nutricional con la escala Mini Nutritional Assesessment, obteniendo una puntuación de 10, indicando un riesgo de malnutrición. Con todo, realizó con la cuidadora principal un plan de cuidados individualizado de prevención.

La cura del talón se ha realizado cada 48h-72 horas, ha precisado varios cambios de tratamiento, según cambiaba su aspecto. Al principio, la UPP de grado II, progresó a grado III. Se realizó cortes en rejilla y se aplicaba Colagenasa (Iruxol®). Después, se tuvo que desbridar y se cambió a Blastoestimulina®, mejorando progresivamente. Actualmente, tras tres meses de curas acompañado de mejoría en la alimentación, la herida está cerrada y la piel epitelizada siendo dada de Alta por parte en Enfermería.

Discusión

El plan de cuidados ha ayudado a la paciente a recuperar la integridad de la piel del talón, ya que mejoró la alimentación, la movilidad y la fuerza. El equipo de atención primaria ha podido desarrollar un cuidado íntegro de la paciente basado en prevención, diagnóstico y tratamiento multidiscipli-

ISBN: 978-84-949197-6-3

nar con humanización en sus cuidados. La familia ha sido un apoyo importante para la conseguir los objetivos programados, llevando a cabo las actividades que se les enseñó, especialmente una hija que ha ejercido de cuidadora principal.

Conclusiones

Existe un amplio consenso en considerar que la prevención constituye el método más eficiente de afrontar el problema frente al coste del tratamiento, por la importante disminución de gastos directos e indirectos, el tiempo que dedican los profesionales sanitarios a su cuidado, se reducen las estancias hospitalarias derivadas de estas lesiones y el sufrimiento intangible de pacientes y familiares que han de enfrentarse diariamente a estas lesiones, según organismos nacionales e internacionales que velan por mejorar la calidad de la atención sanitaria (Organización Mundial de la Salud, Joint Commission, etc.).

La formación continua de los profesionales de atención primaria y especializada en cuanto a prevención, nuevos tratamientos, medicamentos, parches y pomadas es imprescindible para dar cuidados de calidad a nuestros pacientes.

Bibliografía

1. García Fernández F, Montalvo Cabrerizo M, García Guerrero A et al. Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, 2007.
2. Moreno Pina JP, Richart Martínez M, Guirao Goris JA, Duarte Climents G. Análisis de las escalas de valoración del riesgo de desarrollar una úlceras por presión. Enferm Clínica 2007; 17 (4): 186-97.
3. Morillas J, García-Talavera N, Martín-Pozuelo G, Reina AB, Zafrilla P. Detección del riesgo de desnutrición en ancianos no institucionalizados. Nutr Hosp 2006; 21: 650-6.
4. Torra, J.E.; Rueda, J.; Segovia, T. y Bermejo, M. Aplicación tópica de un compuesto de ácidos grasos hiperoxigenados: efectos preventivos y curativos en úlceras por presión. Rev ROL Enferm. 2003; 26 (1): 54-61.

Capítulo 246

Uso adecuado de la vía intramuscular en Atención Primaria

López Juárez, Mª Pilar

USO ADECUADO DE LA VÍA INTRAMUSCULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA

INTRODUCCIÓN

La vía intramuscular (IM) es muy utilizada en los centros sanitarios para administrar fármacos, sobre todo en las consultas y urgencias de Atención Primaria (AP). Los fármacos se absorben con gran rapidez, sobre todo aquellos que están en solución acuosa. Sin embargo, con pocas excepciones, no hay estudios que avalen que la vía intramuscular es mejor que la oral.

OBJETIVOS

1. Comparar la farmacocinética VO e IM de fármacos de uso frecuente en nuestros centros sanitarios.
2. Evidenciar los usos no justificados de la vía IM más comunes en nuestro medio.
3. Plantear acciones de mejora para el uso seguro de la vía IM.

MATERIAL Y MÉTODO

Método: Revisión sistemática. Necesidades o problemas: Vías de administración de fármacos. Población identificada: Pacientes que precisan medicación. Recogida de información:

-Uso racional de medicamentos vía intramuscular y Administración de medicamentos por vía intramuscular en Atención Primaria. Se extraen, analizan y comparan los datos de la Nota Informativa Farmacoterapéutica del Servicio Canario de Salud y de la Recomendación de Seguridad Generalizable del Servicio Madrileño de Salud.

-Búsqueda de evidencia disponible en Medline, Pubmed y Biblioteca Cochrane sobre el uso de la vía IM. Publicaciones con antigüedad máxima de 10 años. Términos MeSH "Drug Administration", "Injections, Intramuscular" y "Ambulatory Care".

RESULTADOS

FARMACOCINÉTICA COMPARADA VO E IM

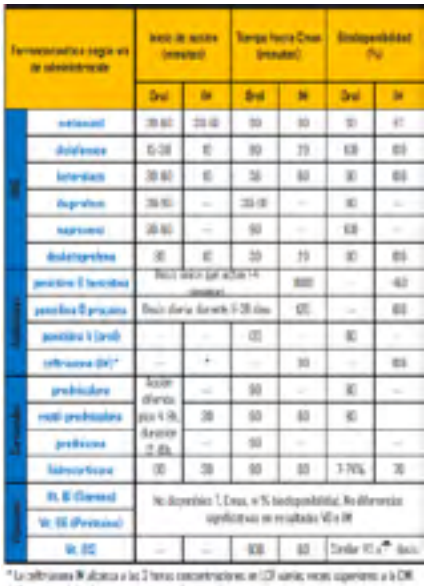


Tabla 1. Farmacocinética comparada VO e IM de fármacos de uso frecuente en nuestro medio. Extraída de la Nota Informativa farmacoterapéutica: Uso racional de medicamentos vía intramuscular del Servicio Canario de Salud.[1]

FÁRMACOS CON USO IM NO JUSTIFICADO



Tabla 2. Fármacos con uso intramuscular no justificado. Extraída de la Recomendación de seguridad generalizable "Administración de medicamentos por vía intramuscular en Atención Primaria". Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2016.[2]

USO RACIONAL VÍA IM

Para minimizar los riesgos asociados al uso de la vía IM se recomienda limitar el uso de la vía IM a estas tres situaciones:

1. Imposibilidad de uso de la vía oral (VO): por presencia de náuseas, vómitos o situaciones que impiden la ingesta de fármacos (paciente no cooperador o inconsciente).
2. Cuando su beneficio frente a la VO está suficientemente establecido: fármacos con inicio de acción claramente más rápido por vía IM.
3. Cuando se quiere asegurar el cumplimiento de la medicación pautada.

CONCLUSIONES

Las evidencias de índole farmacocinética y de eficacia no posicionan la vía IM sobre la VO [para la administración] de antibióticos, corticoides, AINE o vitamina B12. En la mayoría de las situaciones en las que se usan, incluidas muchas de las urgencias, la VO es igual de eficaz, más accesible y fácil de administrar que la IM, no afecta a la integridad cutánea y muscular, no causa dolor ni otras complicaciones locales.[1]

BIBLIOGRAFÍA

1. Castellano Cabrera, J., Montes Gómez, E., Molina Vázquez, I., Guerra Rodríguez, M., & Plasencia Núñez, M. (2017). Infarma. Nota informativa farmacoterapéutica. Uso racional de medicamentos vía intramuscular. Recuperado de https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/3177ef84-c080-11e7-b97c-85a2cbf90b08/Vol9_n2_INFARMA_intramusc_SEPT_2017.pdf

2. M, S. (2009). Evidence for the use of intramuscular injections in outpatient practice. - PubMed - NCBI. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19235496

3. Recomendación de Seguridad Generalizable. Administración de medicamentos por vía intramuscular en Atención Primaria. (2016). Recuperado de https://seguridadmedicamento.sanidadmadrid.org/noticias/Administraci%C3%B3n%20medicamentos%20v%C3%ADa%20intramuscular%20AP.pdf

Resumen: *La vía intramuscular (IM) es muy utilizada en los centros sanitarios para administrar fármacos, sobre todo en las consultas y urgencias de Atención Primaria (AP). Los fármacos se absorben con gran rapidez, sobre todo aquellos que están en solución acuosa. Sin embargo, con pocas excepciones, no hay estudios que avalen que la vía intramuscular es mejor que la oral.*

Con este trabajo tratamos de comparar la administración de alguno de los fármacos más utilizados en urgencias en Atención Primaria por estas dos vías de administración.

Palabras Clave: *Drug administration; ambulatory care; injections, intramuscular.*

Introducción

La vía intramuscular (IM) es muy utilizada en los centros sanitarios para administrar fármacos, sobre todo en las consultas y urgencias de Atención Primaria (AP). Los fármacos se absorben con gran rapidez, sobre todo aquellos que están en solución acuosa. Sin embargo, con pocas excepciones, no hay estudios que avalen que la vía intramuscular es mejor que la vía oral (VO).

Con este trabajo tratamos de comparar la administración de alguno de los fármacos más utilizados en urgencias en Atención Primaria por estas dos vías de administración.

Objetivos:

1. Comparar la farmacocinética de la VO e IM de fármacos de uso frecuente en nuestros centros sanitarios.
2. Evidenciar los usos no justificados de la vía IM más comunes en nuestro medio.
3. Plantear acciones de mejora para el uso seguro de la vía IM.

Material y método

Método: Revisión sistemática.

Necesidades o problemas: Vías de administración de fármacos.

Población identificada: Pacientes que precisan medicación en Atención Primaria.

Recogida de información:

- Uso racional de medicamentos vía intramuscular y Administración de medicamentos por vía intramuscular en Atención Primaria. Se extraen, analizan y comparan los datos de la Nota Informativa Farmacoterapéutica del Servicio Canario de Salud y de la Recomendación de Seguridad Generalizable del Servicio Madrileño de Salud.
- Búsqueda de evidencia disponible en Medline, Pubmed y Biblioteca Cochrane sobre el uso de la vía IM. Publicaciones con antigüedad máxima de 10 años. Términos MeSH “Drug Administration”, “Injections, Intramuscular” y “Ambulatory Care”.

Resultados

1. Comparación de la farmacocinética entre la vía oral y la vía intramuscular: Se compara el inicio de acción en minutos, el tiempo que pasa hasta que se alcanza la concentración máxima y el porcentaje de biodisponibilidad de alguno de los fármacos más utilizados en urgencias en Atención Primaria tanto por vía oral como por vía intramuscular:

ISBN: 978-84-949197-6-3

- Antiinflamatorios no esteroideos (AINE): Metamizol, diclofenaco, ketorolaco, ibuprofeno, naproxeno y dexketoprofeno.
- Antibióticos: Penicilina G benzatina, penicilina G procaína, penicilina V (oral) y ceftriaxona (IM).
- Corticoides: Prednisolona, metil-prednisolona, prednisona e hidrocortisona.
- Vitaminas (Vit.): Vit. B1 (Tiamina), Vit. B6 (Piridoxina) y Vit. B12.

2. Se listan y se justifican algunos fármacos que se usan por vía intramuscular de forma no justificada:
    - Diazepam.
    - Furosemida.
    - Hidrocortisona.
    - Metilprednisolona.
    - Midazolam.
    - Naloxona.
    - Penicilina G benzatina.
3. Se establecen una serie de recomendaciones para un uso racional de la vía intramuscular. Para minimizar los riesgos asociados al uso de la vía IM se recomienda limitar el uso de la vía IM a estas tres situaciones:
    - Imposibilidad de uso de la vía oral (VO): por presencia de náuseas, vómitos o situaciones que impiden la ingesta de fármacos (paciente no cooperador o inconsciente).
    - Cuando su beneficio frente a la VO está suficientemente establecido: fármacos con inicio de acción claramente más rápido por vía IM.
    - Cuando se quiere asegurar el cumplimiento de la medicación pautada.

Conclusiones:

Las evidencias de índole farmacocinética y de eficacia no posicionan la vía intramuscular sobre la vía oral para la administración de antibióticos, corticoides, antiinflamatorios no esteroides o vitamina B12.

En la mayoría de las situaciones en las que se usan, incluidas muchas de las urgencias, la VO es igual de eficaz, más accesible y fácil de administrar que la IM, no afecta a la integridad cutánea y muscular, no causa dolor ni otras complicaciones locales.

Bibliografía

1. Castellano Cabrera, J., Montes Gómez, E., Molina Vázquez, I., Guerra Rodríguez, M., & Plasencia Núñez, M. (2017). Infarma. Nota informativa farmacoterapéutica. Uso racional de medicamentos vía intramuscular. Recuperado de https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/3177ef84-c080-11e7-b97c-85a2cbf90b08/Vol9_n2_INFARMA_intramusc_SEPT_2017.pdf.
2. M, S. (2009). Evidence for the use of intramuscular injections in outpatient practice. - PubMed - NCBI. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19235496.
3. Recomendación de Seguridad Generalizable. Administración de medicamentos por vía intramuscular en Atención Primaria. (2016). Recuperado de https://seguridadmedicamento.sanidadmadrid.org/noticias/Administraci%C3%B3n%20medicamentos%20v%C3%ADa%20intramuscular%20AP.pdf.

Capítulo 247

Uso de ácido hialurónico en heridas de origen traumático

Arias López-Peláez, Víctor Manuel

Arias Jiménez, Nicanor

USO DE ÁCIDO HIALURÓNICO EN HERIDAS DE ORIGEN TRAUMÁTICO

INTRODUCCIÓN

La atención y realización de curas en pacientes con heridas, es una actividad habitual dentro de nuestro medio asistencial.

El objetivo principal es el control de la infección local de la lesión y aumentar el confort para el paciente y conseguir el cierre completo de las lesiones en el menor tiempo posible.

OBSERVACIÓN CLINICA. Caso Clínico

Mujer de 92 años, hipertensa y diabética, con movilidad limitada, presenta herida de origen traumático a consecuencia de golpe accidental, con perdida de piel, la cual esta localizada en cara lateral externa de la pierna derecha, la herida es moderadamente exudativa y la piel perilesional es muy frágil.

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 la zonas edematosas. **359013.** Tomar nota de los cambios en la piel y membranas mucosas. **406601.** Realizar una valoración global de la circulación periférica (pulsos periféricos, edemas, recambio capilar, color y temperatura). **406613.** Proteger la extremidad de lesiones (p. ej., Borreguito debajo de los pies y de la parte inferior de las piernas). **407004.** Abstenerse de aplicar presión o realizar torniquetes en la extremidad afectada. **407005.** Mantener una hidratación adecuada para evitar el aumento de viscosidad de la sangre.
00044: Deterioro de la integridad tisular. R/C 00074. Problemas circulatorios: consecuencias.	**1103.** Curación de las herida: 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 inicia el tratamiento el 21 de mayo con ácido hialurónico al 0.2% más apósito de silicona cada 24 horas durante 5 días, observando buena evolución, se continua el tratamiento cada 48 horas hasta la curación total en 18 días.



Imagen 1: 21/05/18. Inicio de curas.



Imagen 2: 25/05/18. Se observa buena evolución.



Imagen 3: 30/05/18. Se observa buena evolución de la lesión.



Imagen 4: 04/06/18. Se observa buena evolución de la lesión.



Imagen 5: 08/06/18. Curación completa hasta conseguir epitelización.

CONCLUSIONES

El uso de ácido hialurónico al 0.2% para tratamiento de heridas superficiales obtiene tejido de granulación con rapidez, lo que favorece una epitelización de calidad y piel perilesional en buenas condiciones.

La relación eficacia/eficiencia es excelente, ya que la favorecer la epitelización y cicatrización, la resolución del proceso es mas rápido y por tanto reduce los tiempos de enfermería

Resumen: *Se refleja un caso clínico de una mujer de 92 años, hipertensa y diabética, con movilidad limitada, que presenta herida de origen traumático a consecuencia de golpe accidental, con pérdida de piel, la cual está localizada en cara lateral externa de la pierna derecha, la herida es moderadamente exudativa y la piel perilesional es muy frágil. Se ha utilizado protocolo de curación de heridas con evidencia científica, igualmente se ha realizado plan de cuidados enfermero. Para las curas se utilizó pomada de ácido hialurónico al 2 % más apósito de silicona, consiguiéndose buena evolución de la herida hasta la curación total.*

Palabras Clave: *Herida traumática; ácido hialurónico al 2 %; plan de cuidados de enfermería.*

Introducción

La atención y realización de curas en pacientes con heridas, 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 clínica

Caso clínico: Mujer de 92 años, hipertensa y diabética, con movilidad limitada, presenta herida de origen traumático a consecuencia de golpe accidental, con pérdida de piel, la cual está localizada en cara lateral externa de la pierna derecha, la herida es moderadamente exudativa y la piel perilesional es muy frágil.

Plan de cuidados enfermero

Diagnósticos NANDA

00004: Riesgo de infección, 00021: Perfusión tisular inefectiva, 00044: Deterioro de la integridad tisular, 00046: deterioro de la integridad cutánea, 00132; Dolor agudo.

Resultados NOC

1102. Curación de la herida por primera intención, 1103. Curación de la herida por segunda intención. 0401. Estado circulatorio, 0407. Perfusión tisular periférica. 1101. Integridad tisular: piel y membranas mucosas, 1605. Control del dolor, 2108.Nivel de malestar.

Intervenciones NIC

3660. Cuidados de las heridas, 6540, Control de la infecciones, 3590. Vigilancia de la piel, 3660. Cuidados circulatorio: insuficiencia venosa, 4070. Precauciones circulatorias, 0840. Cambios de posición, 1400. Manejo del confort. 2210. Administración de analgésicos, 6482. Manejo ambiental: confort.

Actividades

366006. Limpiar con solución salina o un limpiador no toxico, 366014. Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje, 65403. Poner en práctica precauciones universales, 654024. Asegu-

ISBN: 978-84-949197-6-3

rar una técnica de cuidados adecuada, 359006. Observar si hay infecciones, especialmente en zonas edematosas, 406601. Realizar una valoración global de la circulación periférica (pulsos periféricos, edemas, recambio capilar, color y temperatura) ,407005. Mantener una hidratación adecuada para evitar el aumento de viscosidad en la sangre, 366016. Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida, 366017. Colocar de manera que se evite presionar la herida, 366025. Enseñar al paciente y a la familia a almacenar y desechar los apósitos y el material de curas, 407010. Instruir al paciente y a la familia acerca de la protección contra heridas de la zona afectada, 084017. Evitar colocar al paciente en posición que le aumente el dolor, 140019. Enseñar los principios de control del dolor, 221001, determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente, 221021. Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso, 648212. Colocar al paciente de forma que se le facilite la comodidad, 648214. Evitar expone la piel o las membranas mucosas a factores irritantes (cuña o drenaje de heridas).

Discusión

Se inicia el tratamiento el 21 de mayo con ácido hialurónico al 0.2% más apósito de silicona cada 24 horas durante 5 días, observando buena evolución, se continua el tratamiento cada 48 horas hasta la curación total en 18 días.

Conclusiones

El uso de ácido hialurónico al 0.2 % para tratamiento de heridas superficiales obtiene tejido de granulación con rapidez, lo que favorece una epitelización de calidad y piel perilesional en buenas condiciones.

La relación eficacia/eficiencia es excelente, ya que la favorecer la epitelización y cicatrización, la resolución del proceso es más rápido y por tanto reduce los tiempos de enfermería.

Bibliografía

1. Diagnósticos de enfermería de NANDA internacional: Definiciones y Clasificación 2015-2017.
2. http://www.ulceras.net/publicaciones/Upp%20ciudad%20real.pdf.
3. Rym cicatrizante prospecto.

Capítulo 248

Uso de los catéteres venosos centrales ¿Se utilizan de la misma forma en los servicios de urgencias que de hospitalización?

Martín Doimeadio Trujillo, Luis

Gomez Gutiérrez, María José

Moreno Trenado, Vanessa

Cervantes Torres, Laura

Martínez Gomez, José Luis

USO DE LOS CATÉTERES VENOSOS CENTRALES ¿ SE UTILIZAN DE LA MISMA FORMA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS QUE DE HOSPITALIZACIÓN?

INTRODUCCIÓN

Los catéteres venosos centrales *(Central Venous Catheters, CVC)* también se denominan dispositivos de acceso venoso central o líneas centrales. Se utilizan para administrar medicamentos, productos sanguíneos, nutrientes idos directamente en la sangre. Los CVC también pueden usarse para la extracción de sangre que se utilizará para realizar pruebas.

El manejo de estos catéteres debe hacerse siempre de forma aséptica y por personal cualificado, especialmente en pacientes oncológicos, ya que pero flumite tener siempre disponible una acceso venoso rápido evitando así la necesidad de punciones repetidas que pueden causar deterioro de las venas de los pacientes.

Existen muchos tipos de CVC, pero los más utilizados son: *Hickman®, Port-a cath® y PICC*.

OBJETIVOS

- Evaluar las competencias del personal sanitario del servicio de urgencias y de hospitalización sobre los CVC.
- Determinar si existen diferencias entre el manejo de los catéteres venosos centrales *(CVC)* entre los servicios de Urgencias y de Hospitalización.
- Valorar los conocimientos a cerca de los tipos de CVC del personal sanitario de ambos servicios.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio transversal, mediante una encuesta heteroadministrada y cumplimentada de forma anónima y voluntaria, no poniendo en conflicto ningún aspecto ético, la cual se ha repartido en dos grupos de profesionales sanitarios.

ENCUESTA:

10 PREGUNTAS CERRADAS EN TOTAL:

- 4 ACERCA DEL MANEJO DE LOS CVC.
- 4 ACERCA DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE EL SELLADO Y EL MANTENIMIENTO DEL CVC.
- 2 SOBRE LA IDENTIFICACIÓN DEL TIPO DE CATÉTER.



CRITERIOS INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN

Enfermeros en activo	Enfermeros de baja
Quieren cumplimentar la encuesta y trabajan en el servicio a estudiar	Negación a cumplimentar la encuesta o trabajadores de otro servicio.

Análisis de datos: Intervalos de confianza *(IC95%)*, Chi cuadrado, p<0.05. Programa estadístico SPSS

PALABRAS CLAVE: catéteres, urgencias médicas, práctica clínica basada en la evidencia

RESULTADOS

¿ EXISTEN DIFERENCIAS EN EL MANEJO DE LOS CVC ENTRE EL SERVICIO DE URGENCIAS Y LA HOSPITALIZACIÓN?

	URGENCIAS		HOSPITALIZACIÓN		DE	IC95%
	n	%	n	%		
CORRECTO MANEJO	36	72%	47	94%	6,36	70,56-72,44
MAL MANEJO	14	28%	3	6%	4,24	13,31-17,69

x^2= 8,84; x crítico=3,8415; nivel de significación p=0,0029 p<0,05 se rechaza la H0; que afirma que las diferencias entre el manejo en el área de Urgencias y en el de Hospitalización son debidas al azar, ya que **existen diferencias significativas** en el uso de los CVC entre los dos grupos de profesionales estudiados.

GRÁFICO 1: MANEJO DE CVC EN PROFESIONALES SANITARIOS DE SERVICIOS DE URGENCIAS



GRÁFICO 3: ¿SABEN IDENTIFICAR EL TIPO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL LOS PROFESIONALES SANITARIOS ENTREVISTADOS?



GRÁFICO 2: MANEJO DE CVC EN PROFESIONALES SANITARIOS DE SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN



CONCLUSIONES

Tras la realización del estudio hemos obtenido los siguientes resultados que responden a los objetivos planteados con anterioridad:

- Existen diferencias significativas entre el manejo de los CVC en el ámbito de Urgencias y el de Hospitalización.
- La mayoría de los profesionales de los dos grupos estudiados utilizan de manera correcta los CVC con porcentajes entre (*60-80%)*. Lo significativo del test lo arrojan los profesionales sanitarios de urgencias que no han utilizado ninguno e incluso que no han visto nunca uno en su carrera profesional; cosa que solo pasa en un *6%* de los sanitarios de Hospitalización.
- En el apartado de identificación de catéteres obtenemos datos esperados con tan solo un *4%* de profesionales que no sabría identificar los diferentes tipos de CVC.

Resumen: *Los catéteres venosos centrales son un elemento fundamental en el tratamiento del paciente oncológico, un funcionamiento adecuado permite reducir los pinchazo, poner tratamientos de forma más seguro y mejorar la vida del paciente. Es fundamental que haya una unificación de criterios a la hora de su utilización, así como un manejo adecuado para evitar infecciones y otras complicaciones mayores. En el presente estudio hemos intentado compara la utilización de los mismos en diferentes servicios hospitalarios.*

Los resultados ponen de manifiesto que muchos de los profesionales que desempeñan sus funciones en estos servicios no conocen bien su adecuado manejo.

Palabras Clave: *Catéteres; urgencias médicas; práctica clínica basada en la evidencia.*

Introducción

Los catéteres venosos centrales (Central Venous Catheters, CVC) también se denominan dispositivos de acceso venoso central o líneas centrales. Se utilizan para administrar medicamentos, hemoderivados, nutrientes o fluidos directamente en el torrente sanguíneo sin necesidad de punción previa. Los CVC también pueden usarse para la extracción de sangre que se utilizará para realizar pruebas.

El manejo de estos catéteres debe hacerse siempre de forma aséptica y por personal cualificado, especialmente en pacientes oncológicos, ya que pero permite tener siempre disponible una acceso venoso rápido evitando así la necesidad de punciones repetidas que pueden causar deterioro de las venas de los pacientes.

Existen muchos tipos de CVC, pero los más utilizados son: Hickman®, Port-a cath® y PICC.

Objetivos

1. Evaluar las competencias del personal sanitario del servicio de urgencias y de hospitalización sobre los CVC.
2. Determinar si existen diferencias entre el manejo de los catéteres venosos centrales (CVC) entre los servicios de Urgencias y de Hospitalización.
3. Valorar los conocimientos a cerca de los tipos de CVC del personal sanitario de ambos servicios.

Material y métodos

Se ha realizado un estudio transversal mediante una encuesta heteroadministrada y cumplimentada de forma anónima y voluntaria, no poniendo en conflicto ningún aspecto ético, la cual se ha repartido en dos grupos de profesionales sanitarios.

Se utilizo una encuesta que constaba de 10 preguntas acerca del manejo, conocimiento e identificación de los catéteres venosos centrales.

La población de estudio fueron 100 enfermeros; por un lado 50 enfermeros de hospitalización y 50 de urgencias.

Para el análisis de los datos se llevo a cabo la realización de intervalos de confianza, chi cuadrado y todo se recopilo y analizo con SPSS.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Resultados

Tras la realización de Chi cuadrado se obtuvieron los siguientes datos: x2= 8,84; x crítico=3,8415; nivel de significación p= 0,0029 p <0,05 se rechaza la H0; que afirma que las diferencias entre el manejo en el área de urgencias y en el de Hospitalización son debidas al azar, ya que existen diferencias significativas en el uso de los CVC entre los dos grupos de profesionales estudiados.

En otra de las preguntas que se realizaban en la encuesta se hacía incidencias sobre el conocimiento del funcionamiento de los CVC en los servicios de urgencias, obteniendo que un 60 % si conocía su manejo, otro dato significativo es que el 12 % nunca ha visto uno, un dato que es preocupante ya que supone que 12 de cada 100 enfermeros no sabría como enfrentarse a esta situación si se le presentase en un servicio de Urgencias.

La pregunta de la encuesta que narraba si sabría identificar qué tipo de CVC existen casi la totalidad de la muestra, un 96 %, sabrían diferencias entre Hickman, Picc o Port a cath.

Por último, otro bloque de la encuesta preguntaba acerca del manejo de estos catéteres en la zona de hospitalización, ahí se ven grandes resultados ya que el 80 % de su personal conoce la forma de manejarlo y tan solo un 6% no sabrían utilizarlo.

Conclusiones

Tras la realización del estudio hemos obtenido los siguientes resultados que responden a los objetivos planteados con anterioridad:

- Existen diferencias significativas entre el manejo de los CVC en el ámbito de Urgencias y el de Hospitalización.
- La mayoría de los profesionales de los dos grupos estudiados utilizan de manera correcta los CVC con porcentajes entre (60-80 %). Lo significativo del test lo arrojan los profesionales sanitarios de urgencias que no han utilizado ninguno e incluso que no han visto nunca uno en su carrera profesional; cosa que solo pasa en un 6% de los sanitarios de Hospitalización.
- En el apartado de identificación de catéteres obtenemos datos esperados con tan solo un 4% de profesionales que no sabría identificar los diferentes tipos de CVC.

Bibliografía

1. Sociedad Española de Medicina Preventiva y Salud Pública. Estudio EPINE: resultados 1990-2011 [consultado 9 Dic 2013]. Disponible en: http://hws.vhebron.net/epine/Descargas/Diapos%20resultados%20EPINE% 201990-2011.pdf.
2. WisplinghoffH,BischoffT, TallentSM, SeifertH, WenzelRP,EdmondMB.Noso- comial bloodstream infections in US hospitals: Analysis of 24,179 cases from a prospective nationwide surveillance study. Clin Infect Dis. 2004;39:309–17.
3. Guías para el tratamiento de las infecciones relacionadas con catéteres intravasculares de corta permanencia en adultos", Conferencia de Consenso Infecciones por Catéter, SEIMC-SEMICYUC, 2002 (son del 2002, no del 2003, y no hay posteriores). Enferm Infecc Microbiol Clin 2004;22(2):92-101.
4. Ministerio de Sanidad y Politica Social. Proyecto Bacteremia Zero. Material didáctico. Ministerio de Sanidad y Política Social. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. 2009.

Capítulo 249

Uso de nuevas tecnologías en el seguimiento del embarazo por la matrona en Atención Primaria

Sobrino Lorente, María del Pilar

Uso de nuevas tecnologías en el seguimiento del embarazo por la matrona de Atención Primaria

1. Introducción



El embarazo es una etapa importante en la vida de la mujer, ya que conlleva cambios a nivel físico, emocional y social. Debido a dichos cambios, se produce una gran demanda de información, y hoy en día, se buscará en gran medida en internet. Por eso, la intención de este trabajo es comprobar la veracidad de la información que se encuentra en las redes, sobre todo la que proporcionan las apps móviles.
Durante este proceso, se cuenta principalmente con la matrona de atención primaria, que realizará el seguimiento de embarazo y puerperio, siendo la figura más cercana a la mujer durante esta etapa.



2. Objetivos

GENERAL

- **Actualizar conocimientos sobre la información existente en redes relacionada con el embarazo.**

ESPECIFICOS

- **Conocer y utilizar apps que ayuden a la embarazada y matrona en apple store y play store.**
- **Actualizar la información disponible para su posterior utilización en las consultas de seguimiento del embarazo.**

3. Material y Métodos

- Embarazo.
- Embarazo matrona.
- Control del embarazo.

Búsqueda en Play Store y Apple Store

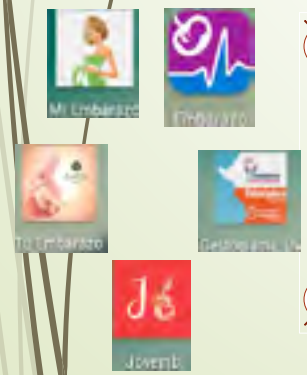
Selección de Apps

1. Mi embarazo al día. Seguimiento y control. Hero Baby.
2. Sanitas embarazo.
3. Tu embarazo. Clínica Zuatzu.
4. Calculadora obstétrica UV.
5. Jovemb.

4. Resultados

- ✓ Hero Baby, Sanitas y Zuatzu: Estas apps ayudan a llevar el control del embarazo, permiten anotar y registrar las revisiones programadas y añadir ecografías, peso de la gestante, etc. Dan información cada semana (previa introducción de la fecha de la última regla al comenzar a utilizar la app) de los cambios que sufre la mujer y el feto y consejos de salud para cada etapa. Cabe destacar que Sanitas cuenta con un apartado para anotar dudas y consultarlas después con los profesionales sanitarios.
- ✓ Calculadora obstétrica UV: Esta aplicación permite calcular la fecha probable de parto al introducir la fecha de la última regla. Calcula la edad gestacional en ese momento, el inicio del descanso prenatal en el país de creación de la app (Chile) y la altura uterina.
- ✓ Jovemb: Cuenta con una serie de artículos clasificados en tres pestañas: embarazo parto y puerperio. Cada artículo se puede comentar y compartir en redes sociales. Además cuenta con un foro en el que pueden interactuar las usuarias. Está creada por residentes de matrona y sigue el protocolo de embarazo vigente en la comunidad de Cataluña.

5. Conclusiones



- **Útiles. Información veraz.**
- **Hero Baby, Zuatzu y Sanitas son similares.**
- **Jovemb para mayor información.**
- **Gestograma calcula FPP.**
- **La matrona debe conocer la información que se encuentra en las redes.**
- **Riesgo de no consultar a la matrona.**



6. Bibliografía

-Ministerio de Sanidad y Política Social M. Programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona); 2009. Boletín del Estado. Internet: http://www.boe.es/boe/dias/2009/05/28/pdfs/BOE-A-2009-8881.pdf.
-H B. Mi embarazo al día; 2018. Internet: https://www.hero.es/baby/descargar-app-hero-baby-mi-embarazo-al-dia.
-Adrídar F, Feas Capelete C, Font Mulet J. Jovemb; 2017.Internet: http://jovemb.com/.
-Zuatzu C. Tu embarazo; 2018. Internet: http://www.clinicazuatzu.com/noticias/nueva-app-de-clinica-zuatzu-tu-embarazo.
-Sanitas. Embarazo; 2014. Internet: https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/sobre-sanitas/noticias-novedades sanitas/aplicacionmovilembarazo/index.html.
-León C. Calculadora Obstétrica UV; 2017. Internet: https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cristiancarreno.gestogramauv&hl=es_419.

Mª DEL PILAR SOBRINO LORENTE

Resumen: *Hoy en día, la presencia de las nuevas tecnologías en nuestra vida diaria es indiscutible. La información está al alcance de todos, pero no toda es fiable. Por este motivo, en este trabajo se evalúan diferentes apps de Play Store y Apple Store dirigidas a embarazadas y/o matronas de atención primaria con el fin de valorar su contenido, utilidad y fiabilidad en la información que proporciona para poder determinar si pueden ser o no útiles. Otro objetivos es que la matrona conozca la información a la que tienen acceso sus pacientes para poder orientarles sobre donde buscar información.*

Palabras Clave: *Embarazo; aplicación; matrona.*

Material y métodos

Para realizar la búsqueda de las aplicaciones móviles se utilizó Play Store y Apple Store.

Al introducir la palabra “embarazo” en los buscadores aparecen un gran número de resultados. Después de ver la relevancia y los comentarios, se decide descargar para su estudio las siguientes:

- Mi embarazo al día: Seguimiento y control. Hero Baby.
- Sanitas embarazo.
- Tu embarazo. Clínica Zuatzu.

En una nueva búsqueda introduciendo las palabras ´´embarazo matrona” los resultados que se descargan:

- Calculadora obstétrica UV.
- Jovemb.

Mi embarazo al día - Hero Baby

Al iniciar la aplicación, la mujer debe introducir su nombre, correo electrónico y su fecha probable de parto. Semana a semana explica cómo está el bebé, los cambios que sufre el cuerpo y da algunos consejos de salud. En la pestaña ´´Mi diario”, se pueden apuntar notas, adjuntar pdfs y fotos.

Permite llevar un control médico, registrando las visitas, ecografías, peso de la gestante y un cronómetro para la duración de las contracciones.

En ´´Salud” aparecen más consejos sobre alimentación, ejercicios y falsos mitos.

En ´´Consejos” encontramos consejos referentes a los preparativos necesarios en cuanto a maleta para el hospital, higiene, alimentación, etc, Consejos referentes al parto y a las gestiones administrativas que hay que realizar los primeros días.

En la sección ´´Mi bebe” se encuentra una lista de nombres y otro donde se puede anotar los datos relacionados con el nacimiento del bebé.

Indica cual es el hospital más cercano y da la posibilidad de llamar a una ambulancia o al ginecólogo con solo un clic.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Esta app va narrando semana a semana los cambios que se producen en el feto. También los cambios que puede ir notando la mamá en su cuerpo. Lo más útil son los consejos de salud. Las primeras semanas aparecen buenas recomendaciones sobre los cambios y necesidades de alimentación, y conforme se avanza en la gestación, recomienda ejercicios, informa sobre las distintas pruebas a las que puede acceder durante el embarazo y comenta las enfermedades más habituales durante el embarazo.

Jovemb

Es una app en la cual se encuentran una serie de artículos organizados en tres pestañas: embarazo, parto y puerperio. En cada artículo se pueden hacer comentarios y además compartirlos.

Dispone de un foro en el cual se pueden abrir preguntas con el fin de ayudarse entre sí las usuarias de esta aplicación.

La información que emite esta app es totalmente fiable ya que esta creada por residentes de matrona y está basada en la evidencia científica y siguiendo el protocolo del embarazo vigente en la Generalitat de Catalunya.

Tu embarazo - Zuatzu

Esta aplicación está diseñada para proporcionar información semana a semana a la mujer gestante. Informa de cómo va creciendo el feto y los cambios que sufre. También habla de cómo va cambiando el cuerpo de la madre y da consejos útiles para esta etapa.

Cuenta con un calendario gráfico que muestra en forma de esquema los acontecimientos y cambios más importantes durante la gestación, como las citas para ecografías u otras pruebas y revisiones.

En otra pestaña se encuentra un área para anotar y llevar un seguimiento del peso de la mujer, un contador de patadas y uno de contracciones. Por último, la aplicación ofrece información de la clínica, los profesionales que trabajan en ella, los servicios y precios que tienen y un enlace a artículos actuales relacionados con la salud ginecológica y obstétrica.

Los consejos han sido escritos por profesionales que trabajan en la propia clínica.

Sanitas embarazo

Esta app esta creada por Sanitas.

En ella encontramos descripciones de los cambios (de manera más detallada que las anteriores) que sufre el feto semana a semana y a la vez da consejos sobre dieta, ejercicio, etc.

Hay consejos específicos para cada etapa del embarazo, se pueden apuntar las citas médicas y con la matrona y permite apuntar dudas para consultar en la próxima visita.

Cuenta con un controlador de peso, patadas y contracciones. También incluye listas de básicos que necesitara el bebé, la mamá para el hospital.

La información es muy amplia, tratando todos los aspectos y dudas que pueden surgir a lo largo del embarazo.

Gestograma UV

Es una app creada en la Universidad de Valparaíso en Chile. Esta aplicación permite calcular la fecha probable de parto al introducir la fecha de la última regla. Calcula la edad gestacional en este momento, el inicio del descanso prenatal en el país de creación de la app y la altura uterina.

Conclusiones

Todas las apps estudiadas tienen utilidad y la información que aportan es veraz.

Mi embarazo de Hero Baby, tu embarazo de Zuatzu y embarazo de Sanitas son similares entre sí. Podrían ser igual de útiles a la hora de resolver dudas, apuntar citas y aportar consejos sobre hábitos durante el embarazo.

Jovemb explica detalladamente sus artículos. Podría recomendarse sobre todo si se quiere profundizar en algún aspecto concreto.

La parte negativa de que exista esta información es que se deje de presentar dudas al personal sanitario, por el hecho de que la mujer piense que tiene información suficiente y pueda llegar a malinterpretarla.

Gestograma UV es la app con menos herramientas de las estudiadas. Sólo es útil para calcular la fecha probable de parto.

Ya que las nuevas tecnologías están cada vez más presentes en nuestra vida, es importante que la matrona conozca de primera mano la información a la que tiene acceso la mujer embarazada, para así, recomendar o disuadir la utilización de ésta según su criterio.

Bibliografía

1. Vázquez Lara J, Rodríguez Díaz L. Enfermería Maternal y del Recién Nacido II. Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrico Ginecológica (Matrona).; 2014.
2. Fernández Martínez E, Gómez del Pulgar M, Pérez Martín A, Onieva Zafra M, Parra Fernández M, Beneit Montesinos J. Análisis de la definición de la matrona, acceso a la formación y programa formativo de este profesional de la salud a nivel internacional, europeo y español; 2018.
3. Fernández M. Nuevas tecnologías en Atención Primaria como complemento en la asistencia ginecoobstétrica prestada por matronas; 2015. Revista Matronas Hoy. Vol 2. Número 3.

Capítulo 250

Uso de terapia de presión negativa (TPN) de un solo uso en quemadura por bisturí eléctrico

Arias López-Peláez, Víctor Manuel

Arias Jiménez, Nicanor

USO DE TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA (TPN) DE UN SOLO USO EN QUEMADURA POR BISTURÍ ELÉCTRICO

INTRODUCCIÓN

La atención y realización de curas en pacientes con heridas, es una actividad habitual dentro de nuestro medio asistencial . El objetivo principal es el control de la infección local de la lesión, aumentar el confort para el paciente y conseguir el cierre completo de las lesión en el menor tiempo posible.

OBSERVACIÓN CLINICA. Caso Clínico

Mujer de 92 años, intervenida quirúrgicamente para extirpación de melanoma en tercio inferior anterior de la E.I. izquierda.
Presenta (Foto1) herida con lecho granulante desordenado y zonas de hipergranulación en estratos.

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 la zonas edematosas. **359013.** Tomar nota de los cambios en la piel y membranas mucosas. **406601.** Realizar una valoración global de la circulación periférica (pulsos periféricos, edemas, recambio capilar, color y temperatura). **406613.** Proteger la extremidad de lesiones (p. ej., Borreguito debajo de los pies y de la parte inferior de las piernas). **407004.** Abstenerse de aplicar presión o realizar torniquetes en la extremidad afectada. **407005.** Mantener una hidratación adecuada para evitar el aumento de viscosidad de la sangre.
00044: Deterioro de la integridad tisular. **R/C 00074.** Problemas circulatorios: consecuencias.	**1103.** Curación de las herida: 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 realiza lavado de herida y colocación del sistema TPN de un solo uso durante 30 días (Foto 2) con cambio de apósito cada 7 días, observándose una epitelización rápida y ordenada (Foto 3) con alineación correcta del nuevo tejido (Foto 4). Destacar la reordenación, distribución y clasificación en la neoformación tisular.



Imagen 1: 23/03/18. Inicio de cura con sistema TPN desechable..



Imagen 2: Sistema TPN desechable.



Imagen 3: 08/04/18. Se observa buena evolución de la lesión.



Imagen 4: 22/04/18. Fin de tratamiento..

CONCLUSIONES

El uso de terapia TPN desechable, es de fácil manejo para enfermería, permite optimizar el tiempo de cicatrización de la herida, fácil retiro del apósito que disminuye el riesgo del dolor o trauma mejorando la calidad de vida del paciente, por lo que se puede considerar una opción altamente costo-efectiva para el tratamiento de heridas.

Resumen: *Se refleja el caso clínico de una mujer de 92 años, con intervención quirúrgica para extirpación de melanoma en tercio inferior anterior de la E.I. izquierda. Presenta herida con lecho granulante desordenado y zonas de granulación en estratos. Se ha utilizado protocolo de tratamiento de heridas con evidencia científica, igualmente se ha utilizado plan de cuidados enfermero. Para las curas se realiza lavado de herida y colocación del sistema TPN de un solo uso durante 30 días con cambio de apósito cada 7 días, observándose una epitelización rápida y ordenada con alineación correcta del nuevo tejido.*

Palabras Clave: *Quemadura; terapia de presión negativa (TPN); plan de cuidados de enfermería.*

Introducción

La atención y realización de curas en pacientes con heridas, es una actividad habitual dentro de nuestro medio asistencial. El objetivo principal es el control de la infección local de la lesión, aumentar el confort para el paciente y conseguir el cierre completo de la lesión en el menor tiempo posible.

Observación clínica

Caso clínico: Mujer de 92 años, intervenida quirúrgicamente para extirpación de melanoma en tercio inferior anterior de la E.I. izquierda. Presenta herida con lecho granulante desordenado y zonas de hipergranulación en estratos.

Plan de cuidados enfermero

Diagnósticos NANDA

00004: Riesgo de infección, 00021: Perfusión tisular inefectiva, 00044: Deterioro de la integridad tisular, 00046: deterioro de la integridad cutánea, 00132; Dolor agudo,

Resultados NOC

1102. Curación de la herida por primera intención, 1103. Curación de la herida por segunda intención. 0401. Estado circulatorio, 0407. Perfusión tisular periférica. 1101. Integridad tisular: piel y membranas mucosas, 1605. Control del dolor, 2108.Nivel de malestar.

Intervenciones NIC

3660. Cuidados de las heridas, 6540, Control de la infecciones, 3590. Vigilancia de la piel, 3660. Cuidados circulatorio: insuficiencia venosa, 4070. Precauciones circulatorias, 0840. Cambios de posición, 1400. Manejo del confort. 2210. Administración de analgésicos, 6482. Manejo ambiental: confort.

Actividades

366006. Limpiar con solución salina o un limpiador no toxico, 366014. Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje, 65403. Poner en práctica precauciones universales, 654024. Asegu-

ISBN: 978-84-949197-6-3

rar 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 realiza lavado de herida y colocación del sistema TPN de un solo uso durante 30 días con cambio de apósito cada 7 días, observándose una epitelización rápida y ordenada con alineación correcta del nuevo tejido. Destacar la reordenación, distribución y clasificación en la neoformación tisular.

Conclusiones

El uso de terapia TPN desechable, es de fácil manejo para enfermería, permite optimizar el tiempo de cicatrización de la herida, fácil retiro del apósito que disminuye el riesgo del dolor o trauma mejorando la calidad de vida del paciente, por lo que se puede considerar una opción altamente costo-efectiva para el tratamiento de heridas.

Bibliografía

1. Diagnósticos de enfermería de NANDA internacional: Definiciones y Clasificación 2015-2017.
2. https://www.mc-mutual.com/.../presion_negativa.../711ac273-b374-71fb-d1c8-7dbf6...
3. https://medes.com/publication/87193
4. www.curandoheridas.com/terapia-presion-negativa/11-pico.html

Capítulo 251

Uso del electroencefalograma con privación de sueño para el diagnóstico de enfermedades neurológicas pediátricas

Rodríguez López, Rosa María

Bastante Villaseñor, Raquel

Saucedo García, María Estrella

USO DEL ELECTROENCEFALOGRAMA CON PRIVACIÓN DE SUEÑO PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS PEDIÁTRICAS

INTRODUCCIÓN

El electroencefalograma (EEG) es una técnica que permite obtener el registro de las ondas eléctricas cerebrales. Una de las modalidades más usadas en pediatría de esta técnica lo constituye el EEG con privación de sueño.

En la mayoría de los casos se usa para confirmar el diagnóstico clínico de epilepsia, aunque en los últimos años se ha empezado a usar para evidenciar hallazgos electroencefalográficos compatibles con el trastorno por déficit de la atención con o sin hiperactividad (TDAH).

En la consulta de Neurofisiología pediátrica se realizan EEG con privación de sueño con diferentes fines. Por lo tanto, nos planteamos identificar qué casos son los que principalmente se intentan diagnosticar con dicha prueba, así como las características de la población a la que se le realiza.

MATERIAL Y MÉTODO

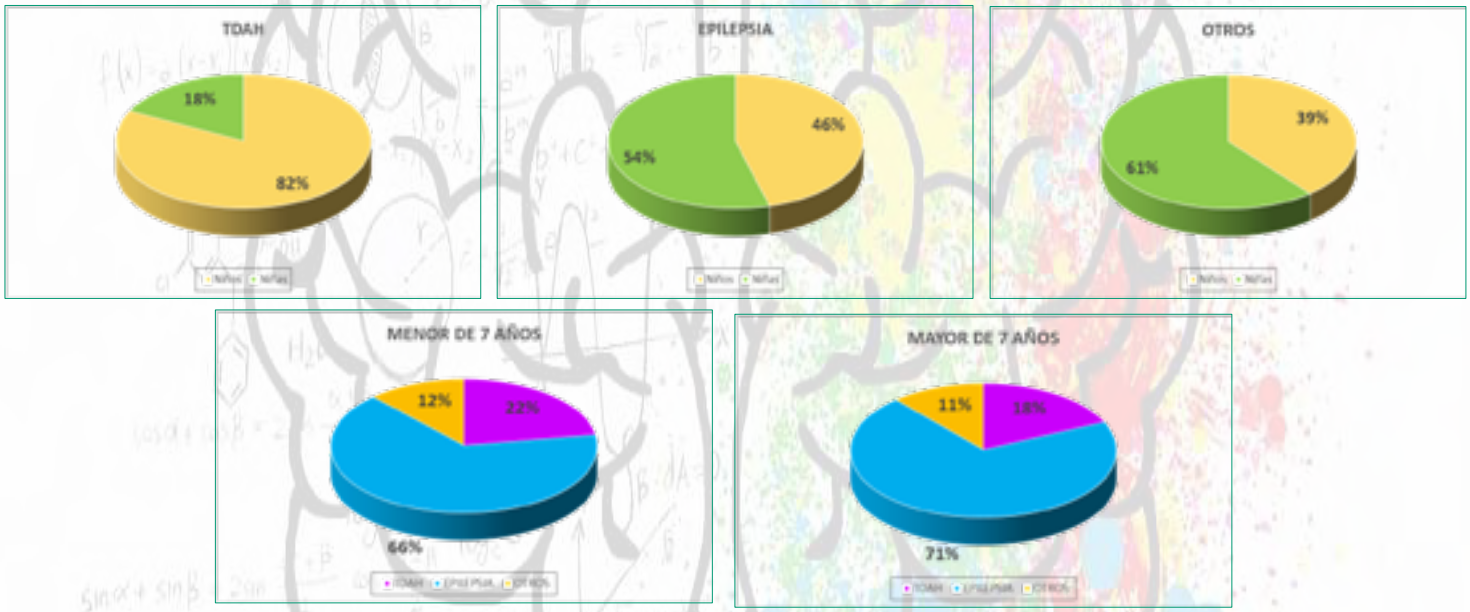
Este trabajo está basado en un estudio descriptivo observacional. Contamos con la participación de 292 niños y niñas, a los cuales se les realizó un EEG con privación de sueño en la consulta de Neurofisiología pediátrica por petición médica con fines diagnósticos. Se recogieron datos durante 12 meses. Se omite el periodo de recogida de datos para preservar el anonimato de los participantes. Se analizaron variables como el género, la edad, y el diagnóstico que se quería confirmar. Los diagnósticos se agruparon en 3 grupos; un primer grupo correspondiente al diagnóstico de epilepsia, un segundo grupo que abarcaba el TDAH y un tercer grupo con el resto de patologías como dolor de cabeza, mareos inespecíficos, etc.

Para el estudio se usó el programa SPSS para Windows y el paquete Office de Microsoft.

OBJETIVO

Identificar los casos que se intentan diagnosticar mediante la prueba EEG con privación de sueño en la consulta de EEG pediátrica

RESULTADOS



CONCLUSIONES Y TRABAJO FUTURO

Según los datos obtenidos, es más común (se hace en mayor número de ocasiones) el EEG con privación de sueño en niños que en niñas para el diagnóstico de TDAH. Sin embargo, en el caso de la epilepsia, los casos tienden a igualarse, habiendo un número de realizaciones parecido tanto para niños como para niñas. Sin embargo, en cuanto a otras patologías como dolor de cabeza o mareos inespecíficos, esta prueba es más común en niñas que en niños. Por otro lado, y según los datos obtenidos, apenas hay diferencia en cuanto al uso de esta prueba para el diagnóstico por grupos de edades.

En la consulta de neurofisiología pediátrica el papel de la enfermera tiene un peso especial ya que es la encargada de realizar de forma correcta el EEG con privación de sueño. Como vemos, gracias a su trabajo se pueden diagnosticar algunas enfermedades neurológicas. Por tanto, como trabajo futuro proponemos analizar el papel de enfermería, analizando cuántos diagnósticos positivos se consiguen gracias a la correcta realización de esta prueba.

BIBLIOGRAFÍA

- Sánchez A, Zaldivar M, Padilla E, Morales L. Privación de sueño para el estudio electroencefalográfico. Experiencia del personal de enfermería. Enf global. 2007;10:1-6.
- Rojas JM, Somano AJ; Alba LC, Mojena M, Hernández O, Jiménez RM. Electroencephalographic abnormalities in children with attention déficit disorder/hyperactivity. Gaceta Med Esp. 2012;14(2):73-86.
- Sánchez E, Carrasco C, Gómez A, Martínez A, Ródenas E, Marín A. Actuación de enfermería en un servicio de neurofisiología clínica. 2006;8:1-26.

Resumen: *En la consulta de neurofisiología pediátrica en la que trabajamos se realizan electroencefalogramas con privación de sueño a niños y niñas con diferentes fines diagnósticos. Principalmente se usa para el diagnóstico clínico de la epilepsia, aunque en los últimos años se ha empezado a usar para evidenciar hallazgos electroencefalográficos compatibles con trastornos por déficit de atención. Por lo tanto, nos planteamos identificar qué casos son los que principalmente se intentan diagnosticar con dicha prueba en nuestra unidad, así como las características de la población a la que se le realiza.*

Palabras Clave: *Privación de sueño; neurología; pediatría.*

Introducción

El electroencefalograma (EEG) es una técnica que permite obtener el registro de las ondas eléctricas cerebrales. Una de las modalidades más usadas en pediatría de esta técnica lo constituye el EEG con privación de sueño.

En la mayoría de los casos se usa para confirmar el diagnóstico clínico de epilepsia, aunque en los últimos años se ha empezado a usar para evidenciar hallazgos electroencefalográficos compatibles con el trastorno por déficit de la atención con o sin hiperactividad (TDAH).

En la consulta de neurofisiología pediátrica se realizan EEG con privación de sueño con diferentes fines. Por lo tanto, nos planteamos identificar qué casos son los que principalmente se intentan diagnosticar con dicha prueba, así como las características de la población a la que se le realiza.

Material y método

Este trabajo está basado en un estudio descriptivo observacional. Contamos con la participación de 292 niños y niñas, a los cuales se les realizó un EEG con privación de sueño en la consulta de Neurofisiología pediátrica por petición médica con fines diagnósticos. Se recogieron datos durante 12 meses. Se omite el periodo de recogida de datos para preservar el anonimato de los participantes. Se analizaron variables como el género, la edad, y el diagnóstico que se quería confirmar. Los diagnósticos se agruparon en 3 grupos; un primer grupo correspondiente al diagnóstico de epilepsia, un segundo grupo que abarcaba el TDAH y un tercer grupo con el resto de patologías como dolor de cabeza, mareos inespecíficos, etc.

Para el estudio se usó el programa SPSS para Windows y el paquete Office de Microsoft.

Objetivo

Identificar los casos que se intentan diagnosticar mediante la prueba EEG con privación de sueño en la consulta de EEG pediátrica.

Resultados

Teniendo en cuenta la edad de los casos que se estudiaron, en menores de 7 años esta prueba se usó principalmente para diagnosticar epilepsia (66%). En menor medida, se utilizó para casos de TDAH (12 %). En mayores de 7 años, también el diagnóstico principal que motivó esta prueba fue la epilepsia (72 %) y el TDAH (11 %).

ISBN: 978-84-949197-6-3

Dentro de los casos en los que se quería diagnosticar el TDAH, el 82% de los participantes fueron niños, mientras que el 18 % restante eran niñas. Teniendo en cuenta el diagnóstico de la epilepsia, el 54 % de los casos estudiados correspondieron a niñas, mientras que el 46% restantes fueron niños.

El resto de los casos estudiados para el diagnóstico de otras enfermedades neurológicas, el 61 % correspondieron a niñas mientras que el resto fueron niños.

Conclusiones

Según los datos obtenidos, es más común (se hace en mayor número de ocasiones) el EEG con privación de sueño en niños que en niñas para el diagnóstico de TDAH. Sin embargo, en el caso de la epilepsia, los casos tienden a igualarse, habiendo un número de realizaciones parecido tanto para niños como para niñas. Sin embargo, en cuanto a otras patologías como dolor de cabeza o mareos inespecíficos, esta prueba es más común en niñas que en niños. Por otro lado, y según los datos obtenidos, apenas hay diferencia en cuanto al uso de esta prueba para el diagnóstico por grupos de edades.

En la consulta de neurofisiología pediátrica el papel de la enfermera tiene un peso especial ya que es la encargada de realizar de forma correcta el EEG con privación de sueño. Como vemos, gracias a su trabajo se pueden diagnosticar algunas enfermedades neurológicas. Por tanto, como trabajo futuro proponemos analizar el papel de enfermería, analizando cuántos diagnósticos positivos se consiguen gracias a la correcta realización de esta prueba.

Bibliografía

1. Sánchez A, Zaldivar M, Padilla E, Morales L. Privación de sueño para el estudio electroencefalográfico. Experiencia del personal de enfermería. Enf global. 2007;10:1-6.
2. Rojas JM, Somano AJ; Alba LC, Mojena M, Hernández O, Jiménez RM. Electroencephalographic abnormalities in children with attention déficit disorder/hyperactivity. Gaceta Med Esp. 2012;14(2):73-86.
3. Sánchez E, Carrasco C, Gómez A, Martínez A, Ródenas E, Marín A. Actuación de enfermería en un servicio de neurofisiología clínica. 2006;8:1-26.

Capítulo 252

Uso racional de las contenciones mecánicas

Palacios Candelas, Rosa María

Sánchez Gómez, Rocío

Camacho Sánchez, Ana María

XI Congreso de Investigación en Enfermería y Fisioterapia

USO RACIONAL DE LAS CONTENCIONES MECÁNICAS

Sánchez Gómez, Rocío; Camacho Sánchez, Ana María; Palacios Candelas, Rosa María

INTRODUCCIÓN

La contención mecánica consiste en el uso de dispositivos de sujeción para limitar la libertad de movimiento de una parte del cuerpo, o de su totalidad, con el fin de prevenir situaciones que pongan en peligro la integridad física de la persona cuidada o de las personas de su entorno.

A pesar de existir una importante preocupación por conseguir disminuir el uso contenciones físicas, sigue siendo una práctica común.

METOLODOGÍA

- Revisión bibliográfica
  - Bases de datos
    - Libro
      - Norma Libera-Care 2018
    - Artículos
      - Elsevier
      - Scielo
      - 6 artículos 2013-2017

OBJETIVOS

- Fomentar el uso racional de las contenciones mecánicas
- Promover la reducción del uso indiscriminado de sujeciones
- Evaluar el uso de dispositivos alternativos

RESULTADOS

Actualmente en España no existe una legislación específica a nivel estatal que regule el uso de la contención mecánica a diferencia de otros países, y comparativamente tiene un porcentaje de uso de sujeciones superior.

El uso de contenciones es más frecuente en centros geriátricos y servicios de psiquiatría.

Entre las causas más usuales por las que se utilizan las sujeciones se encuentran la prevención de caídas (eliminación sujeciones → mantiene o disminuye el número de caídas/lesiones de menor gravedad), control de cuadros de agitación psicomotriz y evitar la interrupción del tratamiento.

Las contenciones físicas implican dilemas éticos (vulneran derechos y principios éticos), clínicos (producen efectos negativos en la salud), sociales (uso indiscriminado → normalización) y legales.

Es necesario que los profesionales sanitarios que indican y llevan a cabo el uso de sujeciones conozcan las técnicas y protocolos, así como bases legales e implicaciones éticas. Éstos, estiman insuficiente su formación, en especial la relacionada con el uso de alternativas.

Existen alternativas menos cruentas al uso de sujeciones que se adaptan a la persona y que garantizan su seguridad sin necesidad de dispositivos de contención, como el cojín de posicionamiento o cojín de alarma de presión.

CONCLUSIONES

La contención mecánica debería utilizarse sólo como último recurso, cuando los beneficios sean mayores que los daños, por el menor tiempo posible y de una manera correcta y segura.

Existen alternativas al uso de contenciones.

Es necesario mejorar la formación del personal sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

- Urrutia A. M. Norma Libera- Care: Sistema de Gestión de la Calidad del Cuidado en Centros de Atención Sanitaria, Social y Sociosanitaria. 5ª ed. Gernika, Vizcaya: Fundación cuidados dignos; 2018.
- Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario. Comité de Bioética de España. [Internet]. [citado 11 de febrero de 2017]. Disponible en: http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20Contenciones-CBE.pdf

Resumen: *A pesar de existir una importante preocupación por disminuir el uso de contenciones mecánicas, sigue siendo una práctica común. En España existe con un porcentaje de uso de sujeciones superior a diferencia de otros países.*

Son numerosas las causas por las que se utilizan las sujeciones físicas, pero también, los dilemas que implican y los efectos negativos que producen.

Los profesionales sociosanitarios precisan de formación para la utilización de estos dispositivos, en especial a las nuevas alternativas menos cruentas al uso de contenciones.

Palabras Clave: *Contenciones; sujeciones; racional.*

Introducción

La contención mecánica consiste en el uso de dispositivos de sujeción para limitar la libertad de movimiento de una parte del cuerpo, o de su totalidad, con el fin de prevenir situaciones que pongan en peligro la integridad física de la persona cuidada o de las personas de su entorno.

En los últimos años ha existido una importante preocupación por conseguir disminuir el uso de contenciones físicas, sin embargo, sigue siendo una práctica común.

Material y método

Se ha elaborado una revisión bibliográfica en base a datos recogidos en artículos buscados en Elsevier y Scielo entre 2013 y 2017 y en el libro Norma Libera-Care del 2018. Como criterios de exclusión se utilizaron el año de publicación del artículo y se descartó cualquiera que no tuviera una relación clara con el objeto del trabajo. Se utilizaron como criterios de inclusión los artículos relacionados con las contenciones mecánicas.

Las palabras clave (Decs) utilizadas son contención, sujeción y racional.

Objetivos

- Fomentar el uso racional de las contenciones mecánicas.
- Promover la reducción del uso indiscriminado de sujeciones.
- Evaluar el uso de dispositivos alternativos.

Resultados

Actualmente en España no existe una legislación específica a nivel estatal que regule el uso de la contención mecánica a diferencia de otros países, y comparativamente tiene un porcentaje de uso de sujeciones superior.

El uso de las contenciones es más frecuente en centro geriátrico y en servicios de psiquiatría.

Entre las causas más usuales por las que se utilizan las sujeciones se encuentran la prevención de caídas, control de cuadros de agitación psicomotriz y evitar la interrupción del tratamiento. Sin em-

ISBN: 978-84-949197-6-3

bargo, en cuanto a la prevención de caídas, diversos estudios demuestran que con la eliminación de sujeciones se mantiene o disminuye el número de caídas y se producen lesiones de menor gravedad.

Las contenciones físicas implican dilemas éticos (vulneran derechos y principios éticos) clínicos (producen efectos negativos sobre la salud de la persona cuidada, familiares y profesionales socio-sanitarios) sociales (se produce un uso indiscriminado provocando sentimientos de normalización) y legales.

Es necesario que los profesionales sanitarios que indican y llevan a cabo el uso de sujeciones conozcan las técnicas y protocolos, así como las bases legales e implicaciones éticas. Estos, estiman insuficiente su formación en especial la relacionada con el uso de alternativas.

Existen alternativas menos cruentas al uso de sujeciones que se adaptan a la persona y que garantizan su seguridad sin necesidad de dispositivos de contención, como el cojín de posicionamiento, alarma de presión y cama elevadora.

Conclusiones

- La contención mecánica debería utilizarse sólo como último recurso, cuando los beneficios sean mayores que los daños, por el menor tiempo posible y de una manera correcta y segura.
- Existen alternativas a las contenciones mecánicas.
- Es necesario mejorar la formación del personal sanitario.

Bibliografía

1. Urrutia A. M. Norma Libera-Care: Sistema de Gestión de la Calidad del Cuidado en Centros de Atención Sanitaria, Social y Sociosanitaria. 5ª ed. Gernika, Vizcaya: Fundación cuidados dignos; 2018.
2. Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario. Comité de Bioética de España. [Internet]. [citado 11 de febrero de 2017]. Disponible en: http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20Contenciones-CBE.pdf
3. Rodríguez J. Contenciones mecánicas en geriatría: propuestas técnicas y recomendaciones de uso en el ámbito social. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2013; 48(4): 151-206.

Capítulo 253

Uso racional de medicamentos. Atención al paciente polimedicado

González Gijón, Virginia

León Pavón, Arancha

Ballester Lillo, Diana

Romero Ruiz, Ana

USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS. ATENCIÓN AL PACIENTE POLIMEDICADO.

INTRODUCCION

El envejecimiento poblacional y la cronicidad de las patologías actuales hacen que muchos de nuestros pacientes sean habitualmente vistos por varios especialistas, los cuales consultan con otros especialistas (derivaciones cruzadas); esto hace que se repitan algunas pruebas y que los pacientes reciban algunos medicamentos hasta la actual polimedicación de la población.
Desde la población, pacientes y cuidadores deben estar concienciados de la problemática de la polimedicación, tanto por coste sanitario como por bajo beneficio o en muchos casos perjuicio en la toma de algunos fármacos sin clara evidencia científica.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Verificar el ahorro económico que supone la retirada de fármacos para el SESCAM en sujetos crónicos polimedicados para así avanzar en el uso racional de los medicamentos y en la eficiencia de los recursos en este tipo de sujetos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Mantener o aumentar el grado de independencia en las actividades de la vida diaria de los sujetos y así poder mejorar su calidad de vida.
Disminuir el número de caídas en los sujetos polimedicados, lo que conlleva a una menor fragilidad.
Reducir el número de derivaciones al Servicio de Urgencias evitando el número de días de ingreso hospitalario.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza un estudio observacional analítico de casos-control durante un año en el que se estudian a 60 sujetos polimedicados de un centro sociosanitario de la red concertada comprendidos entre 60 y 100 años.
De dichos sujetos, 11 son hombres y 49 mujeres. Además según la media del índice de Barthel, se han dividido en dos grupos: 40 son sujetos asistidos (Barthel ≤ 50 puntos) y 20 sujetos válidos (Barthel ≥ 50 puntos).
Para la realización del estudio se ha recogido un consentimiento informado que han firmado los propios sujetos (en el caso de sujetos válidos) y tutores legales (en el caso de sujetos asistidos). Se siguieron las normas deontológicas de la Declaración de Helsinki.

El periodo de estudio se ha dividido en dos etapas: seis meses antes de la desprescripción farmacológica y pasados seis meses de dicha desprescripción. Dentro de cada etapa, se han estudiado las siguientes variables cuantitativas: número de caídas, índice de Barthel, derivaciones al servicio de urgencias hospitalario o visita del Centro de Salud y días de estancia hospitalaria.
Además, se han clasificado los fármacos desprescritos en diferentes grupos farmacológicos que se muestran en una de las gráficas. Para demostrar el objetivo principal de este estudio se expone el ahorro económico anual que ha supuesto para el SESCAM la desprescripción farmacológica y así fomentar el uso racional de medicamentos.

RESULTADOS

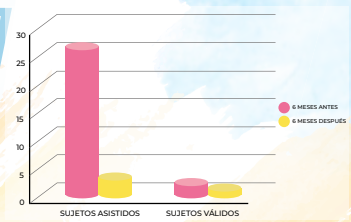
En estas gráficas se muestran los siguientes resultados:

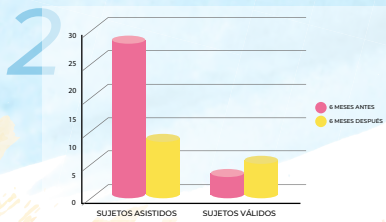
1. En cuanto a las visitas del Centro de Salud de referencia y/o las derivaciones al Servicio de Urgencias Hospitalario podemos observar que seis meses antes de la desprescripción farmacológica en sujetos asistidos, han sido 26 visitas; mientras que seis meses después de dicha desprescripción han sido 3 visitas. En cambio, los sujetos válidos han tenido 2 visitas seis meses antes y 1 visita seis meses después.

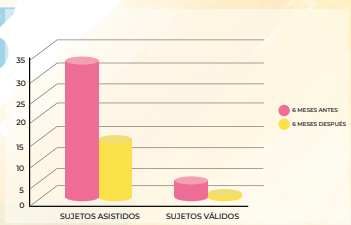
2. Referente a los días de estancia hospitalaria se demuestra que seis meses antes en sujetos asistidos, ha habido 23 días de dicha estancia; mientras que seis meses después se han contabilizado 8 días. Por el contrario, en sujetos válidos seis meses antes han sido 3 los días de ingreso y, seis meses después han sido 5 días.

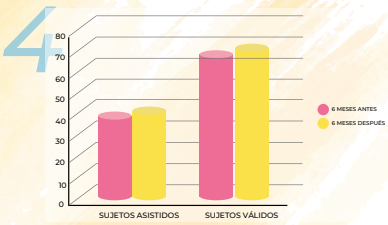
3. En relación al número de caídas, observamos que seis meses antes en sujetos asistidos se contabilizan 32 caídas y, seis meses después, 13 caídas. En sujetos válidos, seis meses antes se observa que han existido 3 caídas, mientras que seis meses después solo ha existido 1 caída.

4. Acerca del índice de Barthel se ha realizado la media de todos los sujetos obteniendo los siguientes resultados: en sujetos asistidos seis meses antes, la media es de un 38.12 puntos y, seis meses después 39.25 puntos. En cuanto a sujetos válidos seis meses antes, dicha media es de 68.75 puntos y, seis meses después, 70.25 puntos.

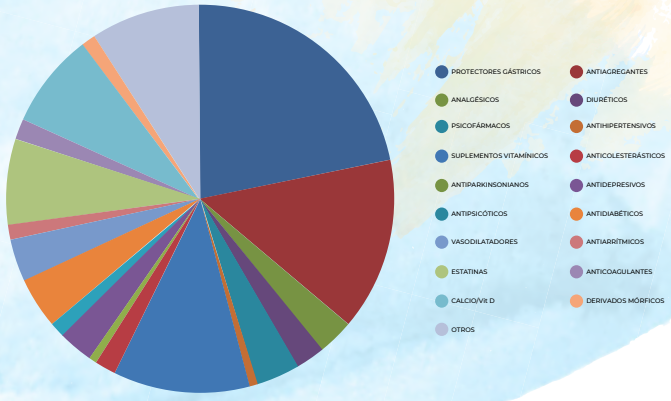








GRUPOS DE FÁRMACOS DESPRESCRITOS



Además se ha realizado un recuento de todos los fármacos desprescritos y agrupados por grupos, de lo que se muestra una gráfica. El objetivo principal de este trabajo es verificar el ahorro económico, de lo que podemos decir que existe un ahorro anual de 27458.88€ para el SESCAM. Para la obtención de dicho valor se han contabilizado todos los fármacos desprescritos y su PVP (de lo que un 90% paga el SESCAM y el 10% restante lo abona cada sujeto).

CONCLUSIONES

Como conclusión principal se ha observado que claramente existe un ahorro económico para el SESCAM. Además, se ha visto que ha sido beneficiosa la desprescripción farmacológica teniendo en cuenta todas las variables en las gráficas anteriores.

Resumen: *El envejecimiento poblacional y la cronicidad de las patologías actuales hacen que muchos pacientes sean habitualmente vistos por varios especialistas, los cuales consultan con otros especialistas; esto hace que se repitan algunas pruebas y que los pacientes reciban algunos medicamentos hasta la actual polimedicación.*

Desde la población, pacientes y cuidadores deben estar concienciados de la problemática de la polimedicación, tanto por coste sanitario como por bajo beneficio o en muchos casos perjuicio en la toma de algunos fármacos sin clara evidencia científica.

Para ello, se ha realizado un estudio observacional en el que se comprueba la importancia de la desprescripción.

Palabras Clave: *Polifarmacia; calidad de vida; enfermedad crónica.*

Objetivo

El objetivo general de este proyecto es verificar el ahorro económico que supone la retirada de fármacos para el SESCAM en sujetos crónicos polimedicados para así avanzar en el uso racional de los medicamentos y en la eficiencia de los recursos en este tipo de sujetos.

Los objetivos específicos son: Mantener o aumentar el grado de independencia en las actividades de la vida diaria de los sujetos y así poder mejorar su calidad de vida, disminuir el número de caídas en los sujetos polimedicados, lo que conlleva a una menor fragilidad y reducir el número de derivaciones al Servicio de Urgencias evitando el número de días de ingreso hospitalario.

Material y métodos

Se realiza un estudio observacional analítico de casos-control durante un año en el que se estudian 60 sujetos polimedicados de un centro sociosanitario de la red concertada comprendidos entre 60 y 100 años. De dichos sujetos, 11 son hombres y 49, mujeres. Además, según la media del índica de Barthel, se han dividido en dos grupos: 40 son sujetos asistidos (Barthel50 puntos).

Para la realización del estudio se ha recogido un consentimiento informado que han firmado los propios sujetos (en el caso de sujetos válidos) y tutores legales (en el caso de sujetos asistidos). Se siguieron las normas deontológicas de la Declaración de Helsinki.

Además, se ha realizado un recuento de todos los fármacos desprescritos y agrupados por grupos (protectores gástricos, analgésicos, psicofármacos, suplementos vitamínicos, antiparkinsonianos, antipsicóticos, vasodilatadores, estatinas, calcio/vit D, antiagregantes, diuréticos, antihipertensivos, antidepresivos, anticolesterásicos, antidiabóticos, antiarrítmicos, anticoagulantes, derivados mórficos y otros).

En cuanto al ahorro económico podemos decir que existe un ahorro anual de 27458,88 € para el SESCAM. Para la obtención de dicho valor se han contabilizado todos los fármacos desprescritos y su PVP (de lo que un 90 % paga el SESCAM y el 10% restante lo abona cada sujeto).

El periodo de estudio se ha dividido en dos etapas: seis meses antes de la desprescripción farmacológica y pasados seis meses de dicha desprescripción. Dentro de cada etapa, se han estudiado las siguientes variables cuantitativas: Número de caídas, índice de Barthel, derivaciones al Servicio de Urgencias Hospitalrias o visita del Centro de Salud y días de estancia hospitalaria.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Además, se han clasificado los fármacos desprescritos en diferentes grupos, como se ha citado anteriormente. Para demostrar el objetivo principal de este estudio se expone el ahorro económico anual que ha supuesto para el SESCAM la despresripción farmacológica y así fomentar el uso racional de medicamentos.

Resultados

- En cuanto a las visitas del Centro de Salud de referencia y/o las derivaciones al Servicio de Urgencias Hospitalario podemos observar que seis meses antes de la desprescrición farmacológica en sujetos asistidos, han sido 26 visitas; mientras que seis meses espués de dicha desprescripción han sido 3 visitas. En cambio, los sujetos válidos han tenido 2 visitas seis meses antes y 1 visita seis meses después.
- Referente a los días de estancia hospitalaria se demuestra que seis meses antes en sujetos asistidos, ha habido 23 días de dicha estancia; mientras que seis meses después se han contabilizado 8 días. Por el contrario, en sujetos válidos seis meses antes han sido 3 los días de ingreso y, seis meses después han sido 5 días.
- En relación al númer de caídas, observamos que seis meses antes en sujetos asistidos se contabilizaban 32 caídas y, seis meses después, 13 caídas. En sujetos válidos, seis meses antes se observa que han existido 3 caídas, mientras que seis meses después solo ha existido 1 caída.
- Acerca del índice de Barthel se ha realizado la media de todos los sujetos obteniendo los siguientes resultados: en sujetos asistidos seis meses antes, la media es de un 38,12 puntos y, seis meses después 39,25 puntos. En cuanto a sujetos válidos seis meses antes, dicha media es de 68,75 puntos y, seis meses después, 70,25 puntos.

Conclusiones

Como conclusión principal se ha observado que claramente existe un ahorro económico para el SESCAM. Además, se ha visto que ha sido beneficiosa la desprescripción farmacológica teniendo en cuenta todas las variables.

Bibliografía

1. Martínez Litago E, Pereda C, El Kaddioui S, et al. Programa para el uso racional de medicamentos en el área de Puertollano. Atención al paciente con polimedicación. Hospital de Puertollano. 2019.
2. Fede A, Miranda M, Antonangelo D, Trevizan L, Schaffhausser H, Hamermesz B, et al. Use of unnecessary medications by patients with advanced cancer: cross-sectional survey. Support Care Cancer. 2011;19:1313-8.
3. Gold Standard Framework - PIG - Proactive Indentification Guidance Registration Form [Internet]. [Visitado 1 dic 2018]. Accesible en: http://www.goldstandardsframework.org.uk/PIG
4. Lavan AH, Gallagher P, Parsons C, O`Mahony D. STOPPFrail (Screening Tool of Older Persons Prescriptions in Frail adults with limited life expectancy): consensus validation. Age. Ageing 2017;46(4):600-7.

Capítulo 254

Utilidad del sistema de monitorización flash de glucosa en el tratamiento y control de la diabetes mellitus

Cantero Rivero, José Carlos

Sánchez-Camacho González-Carrato, María José

Cantero Rivero, Virginia

Nieto Aparicio, Saúl

UTILIDAD DEL SISTEMA DE MONITORIZACIÓN FLASH DE GLUCOSA EN EL TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS

INTRODUCCIÓN

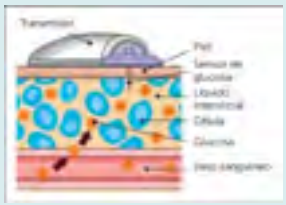
Para los pacientes que presentan Diabetes Mellitus (DM) es imprescindible monitorizar los niveles de glucosa para mantener un control metabólico apropiado.
El gran avance de las tecnologías nos ha permitido generar dispositivos capaces de medir en tiempo real el nivel de glucosa en nuestro organismo y, en base a ello, tomar medidas terapéuticas más adecuadas a las necesidades del momento.
En este trabajo nos vamos a centrar en la monitorización continua a través de los monitores flash de glucosa. La monitorización continua de glucosa se basa en el uso de un sensor conectado a un filamento sensible insertado bajo la piel que alcanza el líquido intersticial, siendo capaz de recoger datos sobre el nivel de glucosa que presentemos y transmitirlos a un monitor para la recapitulación de los datos.
El monitor flash de glucosa (MFG) frente a otros MCG, permite obtener el resultado de glucosa actual sin necesidad de calibración, lo que hace posible la sustitución de estos por las pruebas de glucosa en sangre (con excepción de algunas situaciones especiales); con el MFG evitas comprobar la glucemia capilar, reduciendo el tiempo de las medidas y eliminando los posibles errores que conlleva esta técnica. Todo ello permite mejorar la adherencia al tratamiento de estos pacientes.
Aunque las mejoras de este tipo de dispositivos cada vez son mayores, todavía están distantes de alcanzar su objetivo primordial, el de generar un páncreas artificial autómata que responda a las fluctuaciones orgánicas recogidas por los monitores. Aun así, hemos de decir que el futuro es alentador y que los avances van por el buen camino.

OBJETIVOS

- Identificar la efectividad de los MFG frente a la auto-monitorización de glucemia capilar.
- Evaluar la seguridad que ofrece este producto con respecto a los sistemas tradicionales de control glucémico.
- Apreciar los beneficios que aporta a la calidad de vida de los pacientes.
- Valorar la eficiencia del dispositivo por parte del usuario y del sistema sanitario.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una revisión bibliográfica acerca de los sistemas de monitorización continua de glucosa, utilizando las siguientes bases de datos: Cuiden, Pubmed, Medline Plus, Biblioteca Cochrane Plus, Scielo y Dialnet durante el periodo comprendido entre 2010-2019. De dichas bases hemos obtenido guías de práctica clínica, artículos de revistas científicas, libros, tesinas, metanálisis y estudios experimentales en pacientes adultos y pediátricos con Diabetes Mellitus.
Para completar la búsqueda se consultaron páginas web de la Sociedad Española de Diabetes (SED), Federación Internacional de Diabetes (FID) y Sistema Nacional de Salud (SNS).
Durante el análisis de los datos obtenidos, se han priorizado aquellos estudios cuyo contenido estaba centrado en las indicaciones, seguridad y efectividad de dichos sistemas, así como en el control de los niveles de glucemia en pacientes con Diabetes Mellitus.







RESULTADOS

- Efectividad:
La implementación del MFG ha demostrado en diversos ensayos clínicos la reducción de los sucesos producidos por las hipoglucemias graves, consiguiendo que las hipoglucemias en sangre < 70 mg/dl descendiesen un 38% en un período de 6 meses.
Según la Asociación Americana de Diabetes (ADA), una disminución del 30% del tiempo de hipoglucemias, favorece a una mejora clínica de los pacientes.
Con el uso de la MFG se ha manifestado una mejora en el control glucémico frente a las automediciones de glucemia capilar.
No se demostró un cambio significativo con respecto a los niveles de HbA_{1c}, que se mantuvieron prácticamente similares a los previos.
- Seguridad:
El principal logro de este sistema radica en que ya viene calibrado de fábrica. Funciona a través de un proceso conocido como "Wired Enzyme" que permite la transmisión de datos de forma precisa durante los 14 días que dura el producto.
Todo ello conduce a que, al suprimir la medición de glucosa capilar (AGC), evitamos los errores en la manipulación de la técnica.
Se ha observado una baja reacción local de la zona de colocación del dispositivo, tanto en niños como en adultos, siendo lo más destacado la reacción cutánea en el punto de inserción con un porcentaje menor al 9%, eritema en el 4% y prurito en el 0,5%.
- Beneficios en la calidad de vida:
Entre los beneficios para el paciente podemos encontrar:
- La monitorización frecuente les hace disponer de mayor información con datos fáciles de usar, lo que genera una mayor adherencia al tratamiento.
- La supresión de los pinchazos diarios permite optimizar el control terapéutico y metabólico de estos pacientes. Además, les genera menor estrés y les influye de manera positiva.
- Un mayor control sobre su enfermedad genera una mejora en la autoadhesión y permite disminuir el uso de recursos sanitarios.

En cuanto a los profesionales sanitarios, es importante mencionar que un paciente conocedor de su enfermedad, con un manejo correcto de la misma y con seguridad sobre las técnicas que está realizando, genera mayor confort a nivel asistencial. En una encuesta multicéntrica desarrollada en España, el 98% del personal sanitario encuestado percibía los MFG como muy útiles o bastante útiles.
El mayor control por parte de los pacientes y el mejor entendimiento de su enfermedad, reduce el número de visitas hospitalarias, las horas de consulta médica y de enfermería y el menor número de hipoglucemias, generando una depleción en las visitas a urgencias. Además, generaría un control de las patologías crónicas que produce la DM a lo largo del tiempo. Todo ello generaría un importante ahorro a nivel sanitario.
- Eficiencia:
Aunque la literatura sobre coste-efectividad no es muy extensa, hemos podido apreciar cómo en los diferentes estudios revisados se aboga por un mayor uso de los MFG, ya que los diferentes autores consideran esta tecnología un producto muy eficiente frente al control de la enfermedad y el manejo de las hipoglucemias. Asimismo, se ha comprobado que este sistema ha permitido reducir en 60 minutos el tiempo de consulta tras 20 pacientes atendidos.

CONCLUSIONES

La Monitorización Flash de Glucosa está demostrando ser un instrumento muy útil para la medición de los niveles glucémicos frente al tradicional control capilar. No obstante, pese a que los resultados de los ensayos clínicos son favorables, todavía estamos lejos de establecer este sistema como sustituto del anterior dado que, a nuestro parecer, la evidencia científica de este producto todavía necesita recorrer un largo camino para alcanzar a su predecesor.
Consideramos que es muy importante seguir valorando el coste-efectividad y la eficiencia de los MFG debido a que, a día de hoy, disponemos de pocos datos que permitan una implantación íntegra en los centros sanitarios por la escasez de financiación.
No menos desdeñable es el beneficio que atañe a los pacientes diabéticos y al personal sanitario. La disminución en la frecuencia de pinchazos genera mayor confort en las personas que a diario deben manejar esta enfermedad; esto, junto con el manejo más exhaustivo de la glucemia y la mayor adhesión al tratamiento permiten que el paciente y el personal sanitario genere un vinculo de confianza entre ellos y para cada una de las partes, haciendo más sencillo todo el proceso. Además, un mayor control de la sintomatología a corto plazo puede verse reflejado en una disminución de las patologías crónicas que causa la diabetes.

XI CONGRESO DE INVESTIGACIÓN SATSE CIUDAD REAL

Resumen: *Para los pacientes que presentan Diabetes Mellitus (DM) es imprescindible monitorizar los niveles de glucosa para mantener un control metabólico apropiado. La monitorización continua de glucosa se basa en el uso de un sensor conectado a un filamento sensible insertado bajo la piel que alcanza el líquido intersticial, siendo capaz de recoger datos sobre el nivel de glucosa que presentemos.*

El monitor flash de glucosa (MFG) permite obtener el resultado de glucosa actual sin necesidad de calibración, evitando los posibles errores que conlleva la medida de glucemia capilar. Todo ello permite mejorar la adherencia al tratamiento de estos pacientes.

Palabras Clave: *Diabetes; monitorización; glucemia.*

Objetivos

- Identificar la efectividad de los MFG frente a la auto-monitorización de glucemia capilar.
- Evaluar la seguridad que ofrece este producto con respecto a los sistemas tradicionales de control glucémico.
- Apreciar los beneficios que aporta a la calidad de vida los pacientes.
- Valorar la eficiencia del dispositivo por parte del usuario y del sistema sanitario.

Material y métodos

Se ha realizado una revisión bibliográfica acerca de los sistemas de monitorización continua de glucosa, utilizando las siguientes bases de datos: Cuiden, Pubmed, Medline Plus, Biblioteca Cochrane Plus, Scielo y Dialnet durante el periodo comprendido entre 2010-2019. De dichas bases hemos obtenido guías de práctica clínica, artículos de revistas científicas, libros, tesinas, metanálisis y estudios experimentales en pacientes adultos y pediátricos con Diabetes Mellitus.

Para completar la búsqueda se consultaron páginas web de la Sociedad Española de Diabetes (SED), Federación Internacional de Diabetes (FID) y Sistema Nacional de Salud (SNS).

Durante el análisis de los datos obtenidos, se han priorizado aquellos estudios cuyo contenido estaba centrado en las indicaciones, seguridad y efectividad de dichos sistemas, así como en el control de los niveles de glucemia en pacientes con Diabetes Mellitus.

Resultados

Efectividad

La implementación del MFG ha demostrado en diversos ensayos clínicos la reducción de los sucesos producidos por las hipoglucemias graves, consiguiendo que las hipoglucemias en sangre < 70 mg/dl descendiesen un 38% en un período de 6 meses. Según la Asociación Americana de Diabetes (ADA), una disminución del 30 % del tiempo de hipoglucemias, favorece a una mejora clínica de los pacientes. Con el uso de la MFG se ha manifestado una mejora en el control glucémico frente a las automediciones de glucemia capilar.

ISBN: 978-84-949197-6-3

No se demostró un cambio significativo con respecto a los niveles de HbA1c, que se mantuvieron prácticamente similares a los previos.

Seguridad

El principal logro de este sistema radica en que ya viene calibrado de fábrica. Funciona a través de un proceso conocido como «Wired Enzyme» que permite la transmisión de datos de forma precisa durante los 14 días que dura el producto.

Todo ello conduce a que, al suprimir la medición de glucosa capilar (AGC), evitamos los errores en la manipulación de la técnica.

Se ha observado una baja reacción local de la zona de colocación del dispositivo, tanto en niños como en adultos, siendo lo más destacado la reacción cutánea en el punto de inserción con un porcentaje menor al 9 %, eritema en el 4 % y prurito en el 0,5 %.

Beneficios en la calidad de vida

Entre los beneficios para el paciente podemos encontrar:

- La monitorización frecuente les hace disponer de mayor información con datos fáciles de usar, lo que genera una mayor adherencia al tratamiento.
- La supresión de los pinchazos diarios permite optimizar el control terapéutico y metabólico de estos pacientes.
- Un mayor control sobre su enfermedad genera una mejora en la autoadhesión y permite disminuir el uso de recursos sanitarios.

En cuanto a los profesionales sanitarios, es importante mencionar que un paciente conocedor de su enfermedad, con un manejo correcto de la misma y con seguridad sobre las técnicas que está realizando, genera mayor confort a nivel asistencial. En una encuesta multicéntrica desarrollada en España, el 98 % del personal sanitario encuestado percibía los MFG como muy útiles o bastante útiles.

El mayor control por parte de los pacientes y el mejor entendimiento de su enfermedad, reduce el número de visitas hospitalarias, las horas de consulta médica y de enfermería y el menor número de hipoglucemias, generando una depleción en las visitas a urgencias. Además, generaría un control de las patologías crónicas que produce la DM a lo largo del tiempo.

Eficiencia

Aunque la literatura sobre coste-efectividad no es muy extensa, hemos podido apreciar cómo en los diferentes estudios revisados se aboga por un mayor uso de los MFG, ya que los diferentes autores consideran esta tecnología un producto muy eficiente frente al control de la enfermedad y el manejo de las hipoglucemias. Asimismo, se ha comprobado que este sistema ha permitido reducir en 60 minutos el tiempo de consulta tras 20 pacientes atendidos.

Conclusiones

La Monitorización Flash de Glucosa está demostrando ser un instrumento muy útil para la medición de los niveles glucémicos frente al tradicional control capilar. No obstante, pese a que los resultados de los ensayos clínicos son favorables, todavía estamos lejos de establecer este sistema como sustituto del anterior dado que, a nuestro parecer, la evidencia científica de este producto todavía necesita recorrer un largo camino para alcanzar a su predecesor.

Consideramos que es muy importante seguir valorando el coste-efectividad y la eficiencia de los MFG debido a que, a día de hoy, disponemos de pocos datos que permitan una implantación íntegra en los centros sanitarios por la escasez de financiación.

No menos desdeñable es el beneficio que atañe a los pacientes diabéticos y al personal sanitario. La disminución en la frecuencia de pinchazos genera mayor confort en las personas que a diario deben manejar esta enfermedad; esto, junto con el manejo más exhaustivo de la glucemia y la mayor adhesión al tratamiento permiten que el paciente y el personal sanitario genere un vinculo de confianza entre ellos y para cada de las partes, haciendo más sencillo todo el proceso. Además, un mayor control de la sintomatología a corto plazo puede verse reflejado en una disminución de las patologías crónicas que causa la diabetes.

Bibliografía

1. Amor Valero J, Sanz Vela N, De Casas Albendea S. Utilidad de los sistemas de monitorización flash de la glucosa en Atención Primaria. Diabetes Práctica 2017;08(03):97-144.
2. Perestelo-Pérez L, Rivero-Santana A, García-Lorenzo B, Castilla- Rodríguez I, Vallejo-Torres L, García-Pérez L, Álvarez-Pérez Y, Toledo- Chávarri A, Cuéllar-Pompa L, Quiros-Lopez R, Serrano-Aguilar P. Efectividad, seguridad y coste-efectividad del sistema flash de monitorización de glucosa en líquido intersticial (FreeStyle Libre®) para la Diabetes Mellitus tipo 1 y 2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2016. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.
3. Solans M, Kotzeva A, Almazán A. Sistemas de monitorización continua de glucosa en tiempo real. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Ministerio de Ciencia e Innovación. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Cataluña; 2011. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, AIAQS núm. 2010/06.
4. Torre EM, Medina JL. Sistema de Monitorización Flash de la Glucosa (MFG): Beneficios para los Pacientes, Profesionales y Sistema Sanitario. ASDIPAS. 2016; 1: 1-6. Disponible en: http://www.sediabetes.org/…/404/111016_112805_1823007504.pdf.

Capítulo 255

Utilización de metformina en mujeres embarazadas

Hidalgo Benítez, Beatriz

Carrasco Murcia, María José

León Romero, María Jesús

Sánchez Hermoso, Lorena

Villalobos Martín Moreno, Ana Belén

León Carrasco, Marina

UTILIZACION DE METFORMINA EN MUJERES EMBARAZADAS

INTRODUCCION

Se estima que la prevalencia mundial de diabetes mellitus gestacional (DMG) es de 14%. Cada vez se observa en personas más jóvenes y el manejo con insulina, que es el medicamento de elección, se relaciona con mayores complicaciones y costos. La metformina es el principal hipoglucemiante usado en pacientes con diabetes mellitus y es un medicamento clasificado como categoría B (no recomendado para embarazo y lactancia) para su uso en el embarazo por la Food and Drug Administración

La **Metformina** es un tratamiento lógico para pacientes con diabetes gestacional, pero existe una deficiencia de estudios que demuestren su eficacia y seguridad. Para ello hemos querido hacer una revisión de diferentes estudios donde se haya utilizado la metformina como tratamiento antidiabético en mujeres embarazadas.

OBJETIVOS

Evaluar la seguridad y eficacia de la metformina en el tratamiento de la diabetes gestacional.

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 cribado, diagnóstico y manejo clínico en mujeres embarazadas con DMG. Los criterios de inclusión en la revisión han sido todos los estudios donde se utilizara metformina para el tratamiento de la diabetes gestacional en mujeres que no fueran diabéticas antes de estar embarazadas, y estudios de mujeres que estando tomando metformina para el tratamiento de ovario poliquistico se quedaron embarazadas y siguieron tomando metformina para el tratamiento de la diabetes gestacional

La búsqueda se realizó en el mes de Marzo de 2019. Las fuentes bibliográficas consultadas fueron PUBMED, COCHRANE y Google Académico. Las palabras clave utilizadas definían la población y no se utilizó ningún término clave para definir intervenciones, tratamientos, diagnósticos o resultados que pudieran acotar la búsqueda., se han priorizado guías de práctica clínica y revisiones sistemáticas publicadas en los 3 últimos años. Se limitaron las búsquedas por idioma (inglés, español Y portugués). Finalmente se seleccionaron 15 documentos.

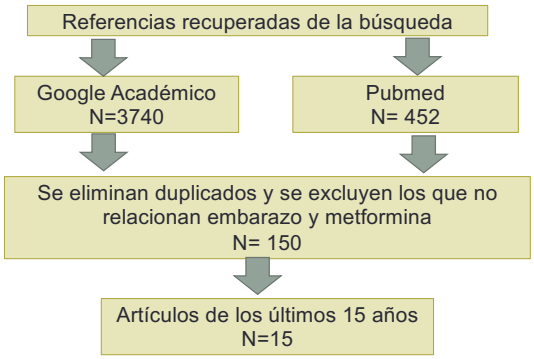
Las recomendaciones elaboradas están basadas en las conclusiones y recomendaciones de los documentos seleccionados a raíz de la búsqueda.

RESULTADOS

Se localizaron 4192 estudios. De los cuales cribamos los que relacionan el embarazo y la meftormina, quedándonos con 150 artículos de los cuales hemos utilizados los publicados en los últimos 15 años quedándonos con 15 artículos para su lectura a texto completo.

La prevalencia de complicaciones o efectos secundarios fue baja por lo que su uso en el embarazo es seguro.

En 15 estudios se ha demostrado la seguridad de la metformina, se puede considerar como el medicamento de primera elección para iniciar el manejo de las pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus gestacional, solamente hay que tomar en cuenta que está contraindicada en pacientes con deterioro de la función renal, hepática y en aquellas pacientes que tengan una afección o circunstancia que puedan cursar con hipoxia, ya que esto incrementa el riesgo de desarrollar acidosis láctica.



ESTUDIO	PAIS	DISEÑO	N	EDAD	INTERVENCION	RESULTADOS
E. Arias 2004	Chile	Prospectivo de seguimiento	15	Embarazada	Observación de las embarazadas en tto con metformina	1 embarazada requirió insulina. 1 niño presento hipoglucemia al nacimiento. No malformaciones
Reina María Fabiana 2006	España	Prospectivo de seguimiento	15	Embarazada	Observación de las embarazadas en tto con metformina	La metformina disminuye las complicaciones
J.M. San Martin Herrasti 2014	Chile	Revisión bibliográfica	161	Artículos científicos	Búsqueda de literatura medica	Uso de metformina es aceptado en el 76% de las pacientes y es eficaz en 53%
Ana Claudia Villarroel 2007	Chile	Experiencia medica Estudio comparativo	70	Casos control	Comparación entre dos grupos	Los niños PEG no se asociaron con la talla la paridad ni la diabetes gestacional
Paula Vargas 2008	Colombia	Revisión bibliográfica	363	Embarazada	Tto con metformina a partir semana gestacional 22	La metformina VS insulina no aumento de complicaciones comparado
Eduardo Contreras -Zuñiga 2016	Chile	Prospectivo de seguimiento	79	Artículos científicos	Búsqueda de literatura	El control de la glucemia en el embarazo se asocia a bienestar fetal
Fernanda correa 2009	Rio de Janerio	Estudio prospectivo	15	Embarazadas con DMG	Observación del grupo	Ninguna complicación relacionada con el uso de AO en el embarazo
Terri M Wensel 2009	EEUU	Estudio cohortes retrospectiva	33	Artículos científicos	Lectura y análisis	La metformina es efectva en DM. La insulina permanecerá siendo fármaco de elección.
M Forcada- Falcon 2017	España			Guía clínica Junta de Andalucia		La metformina atraviesa la placenta sin mayor riesgo de efectos adversos que con la insulina.
Linda A. Barbour 2019		Metaanalisis		Artículos científicos	Lectura y análisis	La metformina tiene beneficios en relación a la insulina en el uso de la DMG
Maple-Brown L	Australia	Ensayo clínico	1649	Embarazadas	Administración metformina y observación	No resultados adversos
Landi SN	Nueva Zelanda	Estudio de cohortes	1443	Embarazadas de media 32 años edad	Observación de los hijos	El desarrollo de los niños de madres tratadas con metfomina en el embarazo no presenta diferencias con el de los niños de madres tratadas con insulina
Ghomian N	Irán	Ensayo clínico	286	Embarazadas		Se recomienda la metformina como sustituto de la insulina
Gagan Priva MD 2018	India	Estudio de cohortes prospectivo y retrospectivo		Embarazadas	Observación del grupo	La metformina es segura y eficaz en DMG

CONCLUSIONES

- **La metformina es un agente reductor de glucosa eficaz y bien tolerado con un mecanismo de acción bien definido.**
- **Los datos actuales de animales y humanos indican que la metformina es segura y eficaz en el manejo de la DMG y puede mejorar los resultados inmediatos del embarazo.**
- **Existe la seguridad de que no tiene potencial teratogénico.**
- **La metformina se puede considerar como una monoterapia en DMG leve, con ventajas:**
  - **Menor aumento de peso materno.**
  - **Menor riesgo de hipoglucemia neonatal.**
  - **Menor incidencia de macrosomía.**
- **Se recomienda hacer seguimientos a largo de los niños de madres expuestas a tto con metformina.**
- **Recomendamos hacer sesiones informativas en los equipos de atención a estas mujeres para fomentar el uso de la metformina, por ser mas cómodo de usar y presentar los mismos efectos secundarios.**

Resumen: *Se ha realizado revisión de diferentes estudios donde se haya utilizado la metformina como tratamiento antidiabético en mujeres embarazadas. Nuestro objetivo es evaluar la seguridad y eficacia de la metformina en el tratamiento de la diabetes gestacional. Se han encontrado 15 artículos donde se ha demostrado la seguridad de la metformina, se puede considerar como el medicamento de primera elección para iniciar el manejo de las pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus gestacional*

Palabras Clave: *Metformina y diabetes gestacional; ; diabetes gestacional y tratamiento.*

Introducción

La Metformina es un tratamiento lógico para pacientes con diabetes gestacional, pero existe una deficiencia de estudios que demuestren su eficacia y seguridad. Para ello hemos querido hacer una revisión de diferentes estudios donde se haya utilizado la metformina como tratamiento antidiabético en mujeres embarazadas.

Objetivo

El objetivo es evaluar la seguridad y eficacia de la metformina en el tratamiento de la diabetes gestacional.

Material y métodos

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 cribado, diagnóstico y manejo clínico en mujeres embarazadas con DMG. Los criterios de inclusión en la revisión han sido todos los estudios donde se utilizara metformina para el tratamiento de la diabetes gestacional en mujeres que no fueran diabéticas antes de estar embarazadas, y estudios de mujeres que estando tomando metformina para el tratamiento de ovario poliquistico se quedaron embarazadas y siguieron tomando metformina para el tratamiento de la diabetes gestacional Se localizaron 4192 estudios. De los cuales cribamos los que relacionan el embarazo y la meftormina, quedándonos con 150 artículos de los cuales hemos utilizados los publicados en los últimos 15 años quedándonos con 15 artículos para su lectura a texto completo.

Resultados

La prevalencia de complicaciones o efectos secundarios fue baja por lo que su uso en el embarazo es seguro.

En 15 estudios se ha demostrado la seguridad de la metformina, se puede considerar como el medicamento de primera elección para iniciar el manejo de las pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus gestacional, solamente hay que tomar en cuenta que está contraindicada en pacientes con deterioro de la función renal, hepática y en aquellas pacientes que tengan una afección o circunstancia que puedan cursar con hipoxia, ya que esto incrementa el riesgo de desarrollar acidosis láctica. La metformina es un agente reductor de glucosa eficaz y bien tolerado con un mecanismo de acción bien definido.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Conclusiones

- Los datos actuales de animales y humanos indican que la metformina es segura y eficaz en el manejo de la DMG y puede mejorar los resultados inmediatos del embarazo.
- Existe la seguridad de que no tiene potencial teratogénico.
- La metformina se puede considerar como una monoterapia en DMG leve, con ventajas:
- Menor aumento de peso materno.
- Menor riesgo de hipoglucemia neonatal.
- Menor incidencia de macrosomía.
- Se recomienda hacer seguimientos a largo de los niños de madres expuestas a tto con metformina.
- Recomendamos hacer sesiones informativas en los equipos de atención a estas mujeres para fomentar el uso de la metformina, por ser más cómodo de usar y presentar los mismos efectos secundarios.

Bibliografía

1. Guía de Práctica Clínica de Diabetes Gestacional de la Junta de Andalucía. Autores-as, Forcada-Falcón, Mercedes (coordinación) ... et al.]. -- [Sevilla]: Consejería de Salud, 2017.
2. Linda A. Barbour 2019 http://care.diabetesjournals.org/content/42/3/396 Metformin for Gestational Diabetes Mellitus: Progeny, Perspective, and a Personalized Approach.
3. Paula Vargas 2008. Ttoconmetforminaapartirsemanagestacional22.

Capítulo 256

VAC (Vacuum-Assisted Closure) aplicado en fractura abierta peronea

Del Olmo Montero, Óscar

Díaz Patiño, Javier

García Fernández, María del Carmen

Resumen: *La terapia de cierre asistido por vacío (VAC®) se postula como un sistema no invasivo y dinámico, aplicable en la activación de la cicatrización por segunda intención de heridas complicadas. Presentamos el caso de un varón de 41 años con fractura abierta del peroné derecho a nivel distal e importante pérdida de tejido, en la que decidió aplicarse el Sistema VAC®. Su efectividad favoreciendo el "TIME" de la herida, posibilitó su optimización en aproximadamente 30 días, consiguiendo un lecho de la herida adecuado para su tratamiento en el servicio de cirugía plástica.*

Palabras Clave: *Terapia de presión negativa para heridas; cicatrización de heridas; técnicas de cierre de heridas.*

Introducción

La utilización de la terapia de cierre asistido por vacío (VAC) se postula como un sistema no invasivo y dinámico, aplicable en la activación de la cicatrización por segunda intención de heridas complicadas. Las ventajas que avalan su utilización son: la reducción de la solución de continuidad, la eliminación del exceso de fluidos, la disminución de la carga bacteriana, el mantenimiento de un medio húmedo y la estimulación de la angiogénesis en la formación del tejido de granulación con el que se iniciará la cicatrización.

Para protocolizar su utilización la Asociación Europea para el Manejo de Heridas (EWMA) publicó en 2007 un documento de posicionamiento, del que se hizo eco en España el Grupo para el Estudio y Asesoramiento en Ulceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). El manuscrito pone de manifiesto los beneficios de utilización del la terapia de cierre asistido por vacío y, también especifica su incompatibilidad en heridas con gran cantidad de tejido necrótico, así como su ineficacia al combinarse con desbridamiento enzimático.

Observación clínica

Presentamos el caso de un varón de 41 años politraumatizado, que presentó, entre otras, fractura abierta del peroné derecho a nivel distal, con importante pérdida de tejido. Los cultivos de las heridas evidenciaron infección por Pseudomona aeruginosa, Enterobacter cloacae, Klebsiella pneumoniae y Staphylococcus aureus meticilinresistente, así como colonización por Acinetobacter baumanii.

Tras una evolución tórpida, con amputación de la metáfisis distal peronea derecha, que se encontraba isquémica (día 15 desde el traumatismo), y curas periódicas en quirófano por la mala evolución de la lesión, se optó por la aplicación del Sistema VAC®. La terapia se inició el día 30 tras el accidente. Su aplicación se combinó con antibioterapia hasta la negativización de los cultivos. En aproximadamente 30 días, los efectos de la terapia VAC® fueron visibles, y el paciente presentó un lecho de la herida óptimo para su tratamiento en el servicio de cirugía plástica de referencia, al que fue derivado.

Plan de cuidados enfermero

La aplicación de la terapia VAC® fue indicada por el servicio de Traumatología y aplicada en colaboración con la enfermería de quirófano, una vez el lecho de la herida estuvo preparado. Las curas se realizaban cada 72 horas, o cuando el depósito colector estuviese al máximo de su capacidad, en quirófano y bajo anestesia general, objetivando una evolución favorable.

ISBN: 978-84-949197-6-3

La secuencia de aplicación del Sistema VAC® incluye los siguientes pasos:

- Lavado del lecho quirúrgico, previa toma de cultivo si procede
- Cortar la esponja VAC® GranuFoam®, de poliuretano reticulado de poros abiertos, de manera que se ajuste al tamaño y forma de la herida
- Recortar la lámina selladora de manera que cubra la esponja y de 3 a 5 cm de piel intacta alrededor
- Hacer un pequeño orificio en la lámina selladora y aplicar la almohadilla T.R.A.C.® que se encargara de aplicar el vacio bajo la lámina, asegurando su mantenimiento en todo el lecho gracias a la esponja de poliuretano.
- Inicio de la terapia con vacío a -125 mmHg

Discusión

La evidencia respalda la utilización de la terapia VAC ® como una opción válida en el tratamiento de heridas agudas o crónicas. Su efectividad eliminando el exceso de fluidos, estimulando la angiogénesis y la formación de tejido de granulación, disminuyendo la colonización bacteriana y favoreciendo la aproximación de los bordes, la convierten en una alternativa útil a disposición del profesional de enfermería para el seguimiento y control del TIME (Tejido de granulación “Tissue”, Inflamación e infección “Infection”, control del exudado “Moisture” y estimulación de los bordes epiteliales “Edge”).

Conclusiones

- La considerable disminución del exudado que conlleva el continuo drenaje de la herida por vacío reduce la carga bacteriana en el lecho de la herida.
- La presión negativa del sistema VAC® (-125 mmHg) contribuye a la aproximación de los bordes de la herida.
- Al proporcionar un entorno húmedo, disminuye la muerte celular por deshidratación y aumenta la formación de tejido de granulación.

Bibliografía

1. Costa, M. L., Achten, J., Bruce, J., Davis, S., Hennings, S., Willett, K., ... & Masters, J. (2018). Negative-pressure wound therapy versus standard dressings for adults with an open lower limb fracture: the WOLLF RCT. Health technology assessment (Winchester, England), 22(73), 1.
2. Napolitano Jr, R. J. (2018). Treatment of Acute Compartment Syndrome Sequela of the Leg: A Case Report Demonstrating Negative Pressure Wound Therapy with Instillation and Dwell Utilizing a Novel Dressing and Serial Automated Suction Blister Epidermal Harvesting and Grafting. Cureus, 10(10).
3. Ben-Nakhi, M. E., & Eltayeb, H. I. (2018). First Middle East Experience with Novel Foam Dressing Together with Negative Pressure Wound Therapy and Instillation. Cureus, 10(10).
4. Andreassen, G. S., & Madsen, J. E. (2006). A simple and cheap method for vacuum-assisted wound closure. Acta orthopaedica, 77(5), 820-824.
5. Willy, C., Agarwal, A., Andersen, C. A., Santis, G. D., Gabriel, A., Grauhan, O., ... & Singh, D. P. (2017). Closed incision negative pressure therapy: international multidisciplinary consensus recommendations. International wound journal, 14(2), 385-398.

Capítulo 257

Vacuna de tétanos, difteria y tosferina en el embarazo

Cano Chumillas, Nerea

Moreno Durán, Irene

Padilla Araque, Isabel

Martín-Portugués Mendoza, Alba

VACUNA DE TÉTANOS, DIFTERIA Y TOSFERINA EN EL EMBARAZO

Introducción:

Los casos de tos ferina infantil abarcan un problema sanitario debido a la alta mortalidad. Para contrarrestar las infecciones en lactantes se ha propuesto la implantación de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tosferina con el fin de proteger a la mujer embarazada y a su bebé.

Para ello se han realizado diferentes estudios, donde se han analizado los embarazos post vacunación, por lo que nos planteamos la realización de una revisión bibliográfica para evaluar la evidencia disponible.

Objetivos

1- Evaluar si la vacuna difteria, tétanos y tosferina tiene riesgos obstétricos.

2- Determinar si se produce una disminución en el índice de mortalidad relacionada con esta enfermedad en lactantes.



Métodos

Criterios de exclusión: mujeres que recibieron 1 o más vacunas de virus vivos durante el embarazo, mujeres con alguna enfermedad subyacente grave y aquellas con embarazos incompletos.

Criterios de inclusión: mujeres con fiabilidad de la información de la ultima menstruación para poder representar el embarazo en la semana 33 (30-36).

Estrategia de búsqueda: La base de datos elegida fue Pubmed, Cochrane Library. Los thesaurus utilizados fueron embarazada y vacuna dtpa, los boleanos usados or,and. Idiomas incluidos ingles y castellano.



Resultados

Estudio	Pais	Diseño	Edad	Intervención	Resultados
Saul N. et al. (AÑO)	Gales	Prospectivo	1 año	Evaluar la eficacia de la vacunacion materna	La vacunación materna es eficaz para proteger a los bebes de la dtpa.
Moreno-Pérez D. et al (AÑO)	España	Prospectivo	1 año	Vacunación a las embarazadas en el segundo trimestre	La vacunación en el segundo trimestre permite proteger a los prematuros
Uriarte PS. Et al. (AÑO)	España	Prospetivo	1 año	Vacunación en el tercer trimestre de embarazo	La vacuna contra la dTpa en embarazadas tiene efectividad para prevenir la tos ferina en bebés <3 meses



Instituto de salud Carlos III, Centro Nacional de Epidemiología



PubMed Cochrane Library

Artículos disponibles en texto completo y publicados en los últimos 10 años n=9

Artículos cuyo titulo no esta relacionado con este estudio N=6

Artículos seleccionados para la realización de este estudio n= 3

De los 133 artículos encontrados en Pubmed, solo 9 estaban disponibles a texto completo y fueron publicados en los últimos 10 años. Tras leer el titulo de cada uno de ellos, excluimos 6 debido a que no estaban relacionados con el tema de este estudio. Finalmente, seleccionamos 3 artículos para incluir en la revisión.

Conclusiones

La ***vacunación*** se considera una forma ***segura*** de ***proteger*** al ***recién nacido*** frente a la infección de la ***tos ferina.***

Los datos de este estudio proporcionan ***evidencias*** científicas para la ***inclusión*** de la vacuna de la dtpa en el programa de la ***mujer gestante.***

Resumen: *Los casos de tos ferina infantil abarcan un problema sanitario debido a la alta mortalidad. Para contrarrestar las infecciones en lactantes se ha propuesto la implantación de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tosferina con el fin de proteger a la mujer embarazada y a su bebé. Para ello se han realizado diferentes estudios, donde se han analizado los embarazos post vacunación, dando como conclusión la inexistencia de riesgo obstétrico.*

Con esta revisión bibliográfica pretendemos recoger información, según la evidencia científica disponible y concluir con la afirmación de la eficacia de la vacuna.

Palabras Clave: *Embarazo; difteria; vacunación.*

Introducción

Después de la adopción de la vacunación universal en la década de 1940, la incidencia y los brotes de tos ferina se redujeron de manera significativa, pero ambos han aumentado en los últimos años, lo que ha provocado cambios en las prácticas de inmunización. La vacuna Tdap ayuda a proteger al adulto de tres tipos de enfermedades; la difteria, el tétanos y la tos ferina.

Esta vacuna conjunta fue autorizada en 2005 para ser administrada a toda población adulta. En niños menores de 2 meses no se podía administrar por la vulnerabilidad a la inmunización dando como resultado que los niños lactantes se convirtieran en población de riesgo en relación al contagio de la enfermedad, constituyendo el 19% de los casos de tos ferina al año.

Objetivos

1. Evaluar si la vacuna difteria, tétanos y tos ferina tiene riesgos obstétricos.
2. Determinar si se produce una disminución en el índice de mortalidad relacionada con esta enfermedad en lactantes.

Material y métodos

- Diseño del estudio: Estudio descriptivo mediante la revisión sistemática de diferentes artículos de autores que han contemplado la vacunación Tdap en embarazadas, con el fin de comprobar su efecto en lactantes, contrarrestando las infecciones del patógeno respiratorio Bordetella pertussis.
- Criterios de exclusión: Mujeres que recibieron 1 o más vacunas de virus vivos durante el embarazo,mujeres con alguna enfermedad subyacente grave aquellas con embarazos incompletos.
- Criterios de inclusión: Mujeres con fiabilidad de la información de la ultima menstruación para poder representar el embarazo en la semana 33 (30-36).
- Estrategia de búsqueda: La base de datos elegida fue Pubmed, Cochrane, Medline. Los idiomas incluidos fueron ingles y castellano.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Contenido

1. Tos ferina

1.1 Complicaciones de la tosferina

Los lactantes menores de 12 meses tienen inmunidad a la tos ferina sólo parcial, ya que aún no han completado la serie de vacunas. Las complicaciones graves de tos ferina son, especialmente en bebés menores de seis meses. Son causadas por los efectos respiratorios y sistémicos de la toxina de la tos ferina, combinado con hipoxemia asociada con tos paroxística.

Debido a la elevada morbilidad y mortalidad en lactantes menores de seis meses, el ingreso hospitalario se debe considerar como un alto riesgo infantil, incluido el acceso a las medidas de cuidados intensivos. Apnea (50% de los pacientes), neumonía (20%), convulsiones (1%), y la muerte (1%) son las complicaciones más frecuentes en los bebés que son hospitalizados con tos ferina.

1.2 Epidemiología de la tosferina

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 195.000 niños con una edad inferior a 5 años murieron en 2008 a causa de la tosferina, más del 80% de las muertes provienen de niños menores de seis meses. Esta cifra solo se vio superada por el virus influenzae, es decir por la gripe (199.000 muertes). Aunque esta incidencia proviene mayoritariamente de los países subdesarrollados. Datos publicados de la OMS, demuestran un aumento considerable de tos ferina en España a partir de 2011. Desde 739 casos declarados en 2010 a los 3088 en 2011. El 92% de los ingresos por esta enfermedad infecciosa era de niños menores de un año de edad.

Discusión

Una práctica Clínica de Investigación analizando datos demográficos, clínicos, la prescripción médica, pruebas y datos de referencia, recopila 650 bases de datos generales de atención primaria de más de 12,5 millones de pacientes en el Reino Unido. Estas referencias fueron guiadas por atención primaria debido a que es el lugar donde se administra la vacuna a las mujeres gestantes. La exposición se definió como un registro de la inmunización durante el embarazo con cualquier vacuna que contenga pertussis . El evento de interés fue la muerte intrauterina después de las 24 semanas de gestación, además de otros efectos adversos como la preeclampsia, la eclampsia antes del parto y hemorragia postparto, sufrimiento fetal, rotura uterina, placenta previa, parto por cesárea, bajo peso al nacer y la insuficiencia renal neonatal. La elección de estos efectos adversos fueron escogidos debido a que son los factores de riesgos más comunes en el tercer trimestre del embarazo, tiempo de gestación que incluye la administración de la vacuna.

Uno de los puntos que se han estudiado se centra en el riesgo a corto plazo de los eventos adversos que ocurren dentro de los 14 días posteriores a la vacunación. Para ello las mujeres debían tener por lo menos 28 días de datos de seguimiento después de la vacunación. Otro análisis estaba basado en los eventos post vacunación en todo el embarazo, para este análisis se necesitaba un seguimiento de 44 semanas después de la fecha del último periodo menstrual. La edad media de las mujeres era de 30 (26-34) años y que la gestación media en el momento de vacunación fue de 31 semanas (29-35).

La relación observada frente a la incidencia esperada es 1,02 (0,96 a 1,08), lo que significa que la vacunación no tiene ningún riesgo de mortalidad a corto plazo.

Conclusión

Dentro del programa de vacunación implantado para reducir la mortalidad infantil se han realizado estudios previos donde las mujeres recibieron la vacuna Tdap en el tercer trimestre entre la semana 26-37, en estos análisis no se han encontrado evidencias de un mayor riesgo obstétrico. La vacunación se considera una forma segura de proteger al recién nacido frente a la infección de la tos ferina.

Bibliografía

1. Chu HY, Englund JA . La inmunización materna. Clin Infect Dis [Internet]. 2014 [5 de mayo]; 59 (4): 560- 568. Disponible en:

2. Slade BA, Broder KR, Kretsinger K, Tiwari T, Joyce PM, Iskander JK. Prevención de la tos ferina, el tétanos y la difteria entre las mujeres embarazadas y puérperas y sus bebés recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP). MMWR recom Rep [Internet]. 2008 [Citado 30 Mayo 2008]; 57: 1-51. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/185093048. Healy, C., Rench, M. And Baker, C. Importance of Timing of Maternal Combined Tetanus, Diphtheria, and Acellular Pertussis (Tdap) Immunization and Protection of Young Infants [Internet]. Clinical Infectious Diseases 2012; 56(4): 539-544.

3. Healy, C., Rench, M. And Baker, C. Importance of Timing of Maternal Combined Tetanus, Diphtheria, and Acellular Pertussis (Tdap) Immunization and Protection of Young Infants [Internet]. Clinical Infectious Diseases 2012; 56(4): 539-544.

4. Elyse O, Kharbanda, MD, Vázquez-Benítez G, Naleway A. Evaluación de la Asociación de Maternal Pertussis vacunación con eventos obstétricos y resultados en natalidad. JAMA 2014: 312.

Capítulo 258

Validación de un instrumento para evaluar la discapacidad en el postparto: Whodas 2.0

Ortiz Esquinas, Inmaculada

López Pizarro, María del Pilar

Núñez-Barranco García, Gema

Carretero Cortés, Irene

Validación de un instrumento para evaluar la discapacidad en el postparto: Whodas 2.0

Authors' Names Go Here

Introducción

El Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS 2.0, por sus siglas en inglés) es un instrumento genérico desarrollado por la OMS para brindar un método estandarizado de medición de la salud y discapacidad entre culturas. Este instrumento se ha validado y utilizado para valorar diferentes patologías y situaciones de salud, pero nunca se ha utilizado en población gestante y durante el postparto.

El postparto es un periodo crítico e infravalorado por los profesionales y la sociedad en general. El empleo de una herramienta estandarizada podría visualizar el verdadero impacto de la discapacidad en esta etapa de la vida.

Objetivo

Evaluar la validez del instrumento WHODAS 2.0 versión corta de 12 preguntas como herramienta de cribado de discapacidad en población de puérperas españolas.

Método

Estudio transversal sobre 296 mujeres a las 4 semanas postparto que reciben asistencia en el parto en XXXXXX .

Se recogió información sobre variables sociodemográficas y variables clínicas a través de la historia clínica y mediante entrevista telefónica se aplicó el cuestionario WHODAS 2.0 (Puntuaciones de 0-100, a mayor puntuación mayor grado de discapacidad) y el cuestionario de calidad de vida SF-12.

La validación de criterio predictivo se evaluó mediante área bajo la curva (ABC) ROC con la mala calidad de vida (SF-12).

La validez de constructo se evaluó a través de un análisis factorial exploratorio.

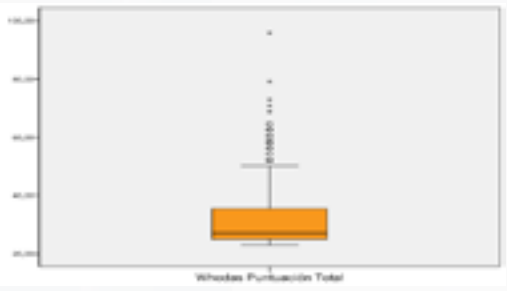
La validez criterio concurrente se estudió a través de la relación del WHODAS con variables clínicas.

El análisis de la fiabilidad fue llevado a cabo a través del estudio del Índice Alfa de Cronbach (IAC, α) para valorar la Consistencia Interna (CI).

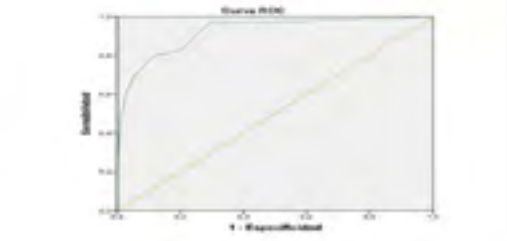
El estudio recibió la evaluación positiva del Comité en Investigación Clínica del Centro.

Resultados

La puntuación media del WHODAS fue de 32,3 puntos (Desviación estándar=11.23), presentando un 8% (24) de las mujeres cierto grado de discapacidad (puntuaciones menores 50 puntos).



La validez de criterio fue excelente para predecir mala calidad de vida con una ABC de ROC de 0,92 (IC 95%:0,87-0,97).



En la validez de constructo se observó que dos componentes explicaban el 69,15 de la varianza.

La prueba de esfericidad de Barlett fu estadísticamente significativa (p<0,001).

La prueba de Kaiser-Meyer-Olkin obtuvo un valor de 0,865.

En cuanto a la validez de criterio las puntuaciones de WHODAS se asociaron estadísticamente con el tipo de parto, la práctica de episiotomía, derivación a suelo pélvico y reingreso hospitalario de forma estadísticamente significativa.

Variable		Puntuación Whodas 2.0	
	n	Media (DE)	Valor p
Tipo de parto			0,009
Eutócico	192	31,1 (10,02)	
Instrumental	32	37,3 (16,23)	
Cesárea	72	33,8 (11,19)	
Episiotomía			0,014
No	229	31,1 (9,93)	
Si	57	36,3 (14,67)	
Derivación a suelo pélvico			0,013
No	282	32,1 (10,70)	
Si	14	39,7 (18,50)	
Derivación a salud mental			0,137
No	281	32,2 (11,1)	
Si	15	36,7 (13,66)	
Reingreso hospitalario			0,001
No	293	32,2 (11,09)	
Si	3	53,5 (10,28)	

Prueba t de Student-Fisher y Análisis de la varianza.

Para la escala total el α de Cronbach fue de 0,91. Este valor indica una buena consistencia interna.

Conclusiones

La herramienta WHODAS 2.0 presenta una excelentes características psicométricas para evaluar la discapacidad en mujeres durante el postparto en población española.
Por tanto, se recomienda su empleo como sistema de cribado para identificar a las mujeres con discapacidad que requerirán un mayor apoyo y vigilancia.

Resumen: *Objetivo: Evaluar la validez como herramienta de cribado de discapacidad en población de puérperas españolas del instrumento WHODAS 2.0 versión corta 12 preguntas. Metodología: Estudio transversal sobre 296 mujeres a las 4 semanas postparto. Resultados: La puntuación media del WHODAS 2.0 fue de 32,3 puntos. La validez de criterio fue excelente para predecir mala calidad. La validez de criterio las puntuaciones de WHODAS se asociaron estadísticamente con variables clínicas. El estudio presentó buena consistencia interna. Conclusiones: La herramienta WHODAS 2.0 presenta una excelentes características psicométricas para evaluar la discapacidad en mujeres durante el postparto.*

Palabras Clave: *Disability evaluation; surveys and questionnaires; postpartum period.*

Antecedentes

El cuestionario para la evaluación de la discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el WHODAS 2.0, (por sus siglas en inglés). Es un instrumento genérico desarrollado por la OMS para brindar un método estandarizado de medición de la salud y discapacidad entre culturas. Este instrumento se ha validado y utilizado para valorar diferentes patologías y situaciones de salud, pero nunca se ha utilizado en población gestante y durante el postparto. El postparto es un periodo crítico e infravalorado por los profesionales y la sociedad en general. El empleo de una herramienta estandarizada podría visualizar el verdadero impacto de la discapacidad en esta etapa de la vida, por tanto el objetivo de nuestro estudio es evaluar la validez como herramienta de cribado de discapacidad en población de puérperas españolas del instrumento WHODAS 2 versión corta de 12 preguntas.

Método

Estudio transversal sobre 296 mujeres a las 4 semanas postparto que reciben asistencia en el parto en el Hospital Mancha Centro de Alcázar de San Juan. Se recogió información sobre variables sociodemográficas y variables clínicas a través de la historia clínica y mediante entrevista telefónica se aplicó el cuestionario WHODAS 2.0 (Puntuaciones de 0-100, a mayor puntuación mayor grado de discapacidad) y el cuestionario de calidad de vida SF-12. La validación de criterio se evaluó mediante área bajo la curva (ABC) ROC con la mala calidad de vida (SF-12), la validez de constructo se evaluó a través de un análisis factorial exploratorio y la validez convergente se estudió a través de la relación del WHODAS con variables clínicas.El análisis de la fiabilidad fue llevado a cabo a través del estudio del Índice Alfa de Cronbach (IAC, α) para valorar la Consistencia Interna (CI).

Resultados

La puntuación media del WHODAS fue de 32,3 puntos (Desviación estándar=11.23), presentando un 8% (24) cierto grado de discapacidad (puntuaciones menores 50 puntos). La validez de criterio fue excelente para predecir mala calidad de vida con una ABC de ROC de 0,92 (IC 95%:0,87-0,97). En la validez de constructo se observó que dos componentes explicaban el 69,15 de la varianza. En cuanto a la validez de criterio las puntuaciones de WHODAS se asociaron estadísticamente con peores puntuaciones en el parto instrumental, en la cesárea, en la práctica de episiotomía, en las mujeres derivadas a la consulta de suelo pélvico y en las mujeres que fueron reingresadas hospitalariamente.. Para la escala total el α de Cronbach fue de 0,91.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Conclusiones

La herramienta WHODAS 2.0 presenta una excelentes características psicométricas para evaluar la discapacidad en mujeres durante el postparto en población española. Por tanto, se recomienda su empleo como sistema de cribado para identificar a las mujeres con discapacidad que requerirán un mayor apoyo y vigilancia.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. (2015). Medición de la salud y la discapacidad: manual para el cuestionario de evaluación de la discapacidad de la OMS: WHODAS 2.0. Servicio Nacional de Rehabilitación. http://www.who.int/iris/handle/10665/170500

2. Rebollo P. Utilización del «grupo SF» de los cuestionarios de calidad de vida (SF-36, SF-12 y SF-6D) en el marco de ensayos clínicos y en la práctica clínica habitual. Med Clin (Barc) 2008; 130 (19): 740-1.

3. Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, Apolone G, Bjorner JB, Brazier JE, et al. Cross-Validation of Item Selection and Scoring for the SF-12 Health Survey in Nine Countries: Results from the IQOLA Project [Internet]. Vol. 51, J Clin Epidemiol. 1998. Available from: https://pdf.sciencedirectassets.com/271297/1-s2.0-S0895435600X00479/1-s2.0-S0895435698001097/main.pdf?x-amz-security-token=AgoJb3JpZ2luX2VjEGcaCXVzLWVhc3QtMSJGMEQCIDMB%2BFBBnMyh%2BMH.

Capítulo 259

Valoración de la adherencia al tratamiento en pacientes con problemas de salud mental

Ruiz García, Jacinto

Tello Naharro, Vanesa

Rodríguez Pérez, Manuel

Briñas García, Carmen

Ruiz Torija, Laura

Rodríguez González, M. Francisca

VALORACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

INTRODUCCIÓN

La adherencia a los fármacos correctamente prescritos es esencial para una psicofarmacoterapia efectiva. La falta de adherencia a los fármacos psicoactivos constituye una barrera significativa para el éxito del tratamiento de los trastornos psiquiátricos en la práctica clínica y se ha relacionado con malos resultados terapéuticos, tales como mayores riesgos de recaída y recurrencia, así como con el aumento de los costes sanitarios.

Los trastornos mentales, como consecuencia de su gran prevalencia y de los costes asociados constituyen un problema de salud pública en el mundo occidental. Aproximadamente una de cada cuatro personas cumple criterios diagnósticos de un trastorno mental en el último año lo alrededor de un 40% llega a presentar un trastorno en algún momento de la vida.

La revisión de la literatura muestra tasas de no adherencia al tratamiento psicofarmacológico de 10-77% con tasas medias de 35 a 60 % .

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la falta de cumplimento de los tratamientos y sus consecuencias negativas clínicas y económicas un tema prioritario de salud pública.

Medir la adherencia al tratamiento es necesario si se quiere optimizar el manejo terapéutico de las enfermedades.

OBJETIVOS

•Identificar que test se utilizan en la valoración del incumplimiento terapéutico.

•Describir cuáles son los principales métodos para medir la adherencia terapéutica de los pacientes y determinar los más idóneos para ser utilizados en la práctica clínica diaria .

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión bibliográfica realizada en enero de 2019 en la base de datos MEDLINE(PubMed), a partir de las referencias de los artículos relevantes. En la estrategia de búsqueda se utilizaron como palabras clave: Adherencia; Métodos de Evaluación; Pacientes Psiquiátricos y Tratamiento Psiquiátrico. Se seleccionaron los artículos publicados entre 2009 y 2019.

RESULTADOS

Los métodos disponibles en la práctica clinica para medir la adherencia al tratamiento psiquiátrico se clasifican en métodos objetivos (directos e indirectos) y métodos subjetivos (indirectos)

METODOS OBJETIVOS DIRECTOS

Medición del psicofármaco prescrito, de sus metabolitos o de sustancias trazadoras en fluidos biológicos como sangre, orina, saliva o incluso el pelo.

METODOS OBJETIVOS INDIRECTOS

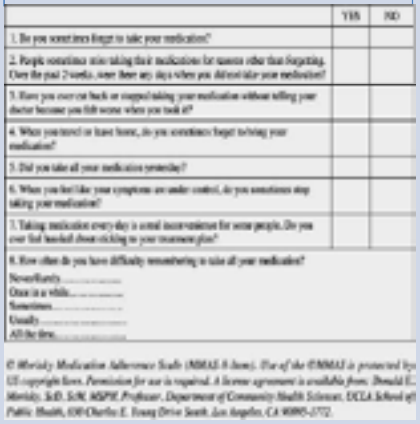
Valoran la adherencia a través de las circunstancias que se relacionan con la toma de la medicación y con el grado de control de la enfermedad como:

1 Recuento de comprimidos 2 Tecnología de monitorización 3 Bases de datos de las farmacias

METODOS SUBJETIVOS

Suelen valorar la conducta de los pacientes así como sus conocimientos sobre enfermedad y tratamiento. Los más utilizados según la bibliografía son:

MORISKY MEDICATION ADHERENCE SCAKE MMAS-8



DRUG ATTITUDE INVENTORY DAI-10



CUESTIONARIO BREVE DE LA MEDICACIÓN (BMQ)



THE MEDICATION ADHERENCE REPORT SCALE MARS



OTROS MÉTODOS DISPONIBLES

1 Valoración de la asistencia a las citas concertadas 2 Valoración de la eficacia terapéutica alcanzada 3 Valoración de los efectos adversos de los medicamentos 4Test de la comprobación fingida o bogus pipeline.

CONCLUSIONES

•La medición de la adherencia al tratamiento no es fácil .Existen múltiples y diferentes métodos para medir la adherencia terapéutica.

• No hay ningún método idóneo por lo que se recomienda la combinación de varias técnicas.

•El método más utilizado en la práctica clínica es el cuestionario de Morisky que combinado con el recuento de comprimidos permite una buena aproximación al resultado.

•Los profesionales de la salud deben integrar estos métodos de valoración en su actividad clínica habitual.

•Todos los métodos descritos deben considerarse como aproximaciones a la realidad y suponen una situación de desconfianza o duda sobre la integridad de la comunicación médico paciente.

•Los métodos de valoración de la adherencia a los tratamientos psicoactivos son útiles , pero nunca pueden sustituir a la relación clínica completa y bien estructurada.

•Son necesarias mas investigaciones que logren evaluar las capacidades psicométricas de dichos métodos .

REFERENCIAS

1. Nguyen T, La Caze A, Cottrell N. What are validated self-report adherence scales really measuring?: a systematic review. Br J Clin Pharmacol. 2014 Mar;77(3):427-45. [Links 6]
3. Horne R, Weinman J, Hankins M. The Beliefs about Medicines Questionnaire: the development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. Psychol Heal. 1999;14:1-24. [Links]
4. Svarstad BL, Chewning BA, Sleath BL, Claesson C. The Brief Medication Questionnaire: a tool for screening patient adherence and barriers to adherence. Patient Educ Couns. 1999 Jun;37(2):113-24. [Links]
5. Tan X, Patel I, Chang J. Review of the four item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4) and eight item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). Innov Pharm. 2014;5(3):165. [Links]
6.Pagès-Puigdemont Neus, Valverde-Merino M Isabel. Métodos para medir la adherencia terapeútica. Ars Pharm [Internet]. 2018 Sep [citado 2019 Mar 18] ; 59(3): 163-172.
7. De las Cuevas y Peñate, 2015]Psychometric Properties of the eight-Item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) in Psychiatric Outpatient Setting.International Journal of Clinical and Health Psychology, 15 (2015), pp. 12 1-129
8. [De las Cuevas et al., 2013]Psychiatric outpatients' self-reported adherence versus psychiatrists' impressions on adherence in affective disorders.Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental, 28 (2013), pp. 142-150
9. CarlosDe las CuevasEmilio J.Sanz.Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica. Revista Iberoamericana de Psicología y Salud Volume 7, Issue 1, January 2016, Pages 25-30

Resumen: *La adherencia a los fármacos correctamente prescritos es esencial para una psicofarmacoterapia efectiva. La falta de adherencia a los fármacos psicoactivos constituye una barrera significativa para el éxito del tratamiento de los trastornos psiquiátricos y se ha relacionado con malos resultados terapéuticos como mayores riesgos de recaída y recurrencia, así como con el aumento de los costes sanitarios. Por eso es importante determinar cuáles son los principales métodos para medir la adherencia terapéutica de los pacientes y los más idóneos para ser utilizados en la práctica clínica diaria.El método más utilizado en la práctica clínica es el cuestionario de Morisky*

Palabras Clave: *Adherencia; métodos de evaluación; pacientes psiquiátricos y tratamiento psiquiátrico.*

Introducción

Los trastornos mentales, como consecuencia de su gran prevalencia y de los costes asociados constituyen un problema de salud pública en el mundo occidental. Aproximadamente una de cada cuatro personas cumple criterios diagnósticos de un trastorno mental en el último año lo alrededor de un 40% llega a presentar un trastorno en algún momento de la vida.

La revisión de la literatura muestra tasas de no adherencia al tratamiento psicofarmacológico de 10-77 % con tasas medias de 35 a 60 % .

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la falta de cumplimento de los tratamientos y sus consecuencias negativas clínicas y económicas un tema prioritario de salud pública.

Medir la adherencia al tratamiento es necesario si se quiere optimizar el manejo terapéutico de las enfermedades.

Objetivos

1. Identificar que test se utilizan en la valoración del incumplimiento terapéutico.
2. Describir cuáles son los principales métodos para medir la adherencia terapéutica de los pacientes y determinar los más idóneos para ser utilizados en la práctica clínica diaria.

Material y métodos

Se realiza una revisión bibliográfica en enero de 2019 en la base de datos MEDLINE(PubMed), a partir de las referencias de los artículos relevantes. En la estrategia de búsqueda se utilizaron como palabras clave: Adherencia; Métodos de Evaluación; Pacientes Psiquiátricos y Tratamiento Psiquiátrico. Se seleccionaron los artículos publicados entre 2009 y 2019.

Como resultado se obtiene que los métodos disponibles en la práctica clínica para medir la adherencia al tratamiento psiquiátrico se clasifican en:

Métodos objetivos directos

Medición del psicofármaco prescrito, de sus metabolitos o de sustancias trazadoras en fluidos biológicos como sangre, orina, saliva o incluso el pelo.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Métodos objetivos indirectos

Valoran la adherencia a través de las circunstancias que se relacionan con la toma de la medicación y con el grado de control de la enfermedad como:

- Recuento de comprimidos.
- Tecnología de monitorización.
- Bases de datos de las farmacias.

Métodos subjetivos

Suelen valorar la conducta de los pacientes así como sus conocimientos sobre enfermedad y tratamiento. Los más utilizados son:

- Morisky medication adherence scake mmas-8.
- Drug attitude inventory dai-10.
- Cuestionario breve de la medicación bmq.
- The medication adherence report scale mars.

Conclusiones

- No hay ningún método idóneo por lo que se recomienda la combinación de varias técnicas.
- El método más utilizado en la práctica clínica es el cuestionario de Morisky
- Los métodos de valoración de la adherencia a los tratamientos psicoactivos son útiles, pero nunca pueden sustituir a la relación clínica completa y bien estructurada.
- Son necesarias más investigaciones que logren evaluar las capacidades psicométricas de los métodos de valoración de la adherencia al tratamiento

Bibliografía

1. De Las Cuevas C, Peñate W Psychometric properties of the eight-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) in a psychiatric outpatient setting. Int J Clin Health Psychol. 2015 May-Aug;15(2):121-129.
2. Nguyen T, La Caze A, Cottrell N. What are validated self-report adherence scales really measuring?: a systematic review. Br J Clin Pharmacol. 2014 Mar;77(3):427-45.

Capítulo 260

Valoración de la ansiedad y depresión de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis

González Redondo, María

Navarro Díez, Macarena

VALORACIÓN DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS.

INTRODUCCIÓN

La depresión y ansiedad en pacientes renales crónicos se encuentra asociada a comportamientos de no adhesión al tratamiento médico, lo cual conduce a una deterioro de la calidad de vida, a una salud más pobre y un aumento de los riesgos de mortalidad. Es importante que tengamos esto en cuenta puesto que a veces el paciente muestra síntomas que están más relacionados con una alteración en la respuesta adaptativa de su situación en hemodiálisis (HD), que con la enfermedad crónica que padecen.

Entre los principales factores desencadenantes de estrés estarían: el miedo a la muerte, miedo a "la máquina", incertidumbre sobre el trasplante, limitaciones en la vida social y laboral, dieta restrictiva y alteración de la autoimagen provocada por el acceso vascular

OBJETIVOS:

-Conocer el estado de ansiedad y depresión de los pacientes en programa de HD periódica.

-Mejorar la calidad de vida y el estado psicológico de los pacientes en hemodiálisis.

MATERIAL Y MÉTODO:

Realizamos un estudio Observacional Descriptivo Transversal a una muestra de 40 pacientes en tratamiento de hemodiálisis periódica (3 veces en semana) y una antigüedad mínima de 8 meses dializándose.

Para valorar la ansiedad y la depresión, previo consentimiento de estos pacientes, les pasamos la ESCALA DE GOLDBERG (cribado de ansiedad y depresión), además les pasamos una encuesta de filiación (edad, estado civil, sexo, tiempo en tratamiento de hemodiálisis).

RESULTADOS:

La edad media está comprendida 41-79 años.

El análisis de los datos muestra:

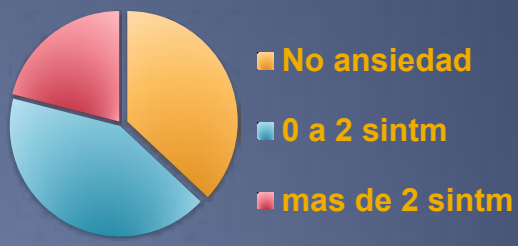
-Las personas de más edad presentan más situaciones de ansiedad y un nivel mayor de depresión que los más jóvenes.

- Más de un 60% de los encuestados refieren haber pasado por situaciones de ansiedad desde que llevan con el tratamiento dialítico.

-Un 34,22% presenta síntomas de depresivos.

Los pacientes que llevan menos años en tratamiento de HD presentan mayores niveles de ansiedad y depresión que los que llevan más años en tratamiento.

ANSIEDAD



DEPRESIÓN



CONCLUSIONES:

Desde el punto de vista de enfermería donde se invierte mucho tiempo con este tipo de pacientes crónicos no debe ser difícil advertir la presencia de estos síntomas y poner en marcha las medidas oportunas que mejoren, no solo el estado de salud sino también el estado anímico, pues creemos que esto último repercutirá de modo favorable en lo anterior.

Resumen: *La depresión y ansiedad en pacientes renales crónicos se encuentra asociada a comportamientos de no adhesión al tratamiento médico, lo cual conduce a una deterioro de la calidad de vida. Nuestros objetivos son conocer el estado de ansiedad y depresión de nuestros pacientes de HD y mejorar su calidad de vida y su estado psicológico. Realizamos un estudio observacional descriptivo transversal usando la ESCALA DE GOLSBERG ; los datos muestran que un 60% de los encuestados refieren haber pasado por situaciones de ansiedad y síntomas depresivos desde que están en HD.*

Palabras Clave: *Dialysis; chronic disease; anxyeti.*

Introducción

La depresión y ansiedad en pacientes renales crónicos se encuentra asociada a comportamientos de no adhesión al tratamiento médico, lo cual conduce a una deterioro de la calidad de vida, a una salud más pobre y un aumento de los riesgos de mortalidad. Es importante que tengamos esto en cuenta puesto que a veces el paciente muestra síntomas que están más relacionados con una alteración en la respuesta adaptativa de su situación en diálisis, que con la enfermedad crónica que padecen.

Entre los principales factores desencadenantes de estrés estarían: el miedo a la muerte, miedo a "la máquina", incertidumbre sobre el trasplante, limitaciones en la vida social y laboral, dieta restrictiva y alteración de la autoimágen provocada por el acceso vascular.

A menudo infraestimamos los niveles de depresión y ansiedad de los pacientes sometidos a diálisis, centrando nuestra dedicación y esfuerzos al tratamiento diálitico. Sin embargo, no es infrecuente que el conseguir los objetivos terapéuticos no lleve asociada una percepción de mejoría en la calidad de vida por parte del paciente.

Objetivos

- Conocer el estado de ansiedad y depresión de los pacientes en programa de hemodiálisis periódica.
- Mejorar la calidad de vida y el estado psicológico de los pacientes en hemodiálisis.

Material y método

Realizamos un estudio Observacional Descriptivo Transversal a una muestra de 40 pacientes en tratamiento de hemodiálisis periódica (3 veces en semana) y una antigüedad mínima de 8 meses dializándose.

Para valorar la ansiedad y la depresión, previo consentimiento de estos pacientes, les pasamos la ESCALA DE GOLDBERG (cribado de ansiedad y depresión), además les pasamos una encuesta de filiación (edad, estado civil, sexo, tiempo en tratamiento de hemodiálisis).

Resultados

La edad media de nuestros pacientes está comprendida entre 41 y 79 años.

ISBN: 978-84-949197-6-3

El análisis de los datos de la escala de ansiedad y depresión nos muestra:

- Las personas de más edad presentan más situaciones de ansiedad y un nivel mayor de depresión que los más jóvenes.
- Más de un 60 % de los encuestados refieren haber pasado por situaciones de ansiedad desde que llevan con el tratamiento dialítico (irritabilidad, nerviosismo, insomnio..).
- Un 34,22 % presenta síntomas de depresión (pérdida de interés y confianza en sí mismo..).
- Los pacientes que llevan menos años en tratamiento en hemodiálisis presentan mayores niveles de ansiedad y depresión que los que llevan más años en tratamiento.

Conclusiones

La prevalencia de depresión en pacientes en programa de hemodiálisis periódica es elevada. Es importante que tengamos esto en cuenta puesto que a veces el paciente muestra síntomas que están más relacionados con una alteración en la respuesta adaptativa de su situación en diálisis, que con la enfermedad crónica que padecen.

Desde el punto de vista de enfermería donde se invierte mucho tiempo con este tipo de pacientes crónicos no debe ser difícil advertir la presencia de estos síntomas y poner en marcha las medidas oportunas que mejoren, no solo el estado de salud sino también el estado anímico, pues creemos que esto último repercutirá de modo favorable en lo anterior.

Bibliografía

1. A. Martorelli, G. Martínez, G. Nikias. La Creatividad durante la sesión de hemodiálisis, 1997; 43: 29-31.
2. Montón C, Pérez-Echevarría MJ, Campos R, et al. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. Aten Primaria 2005; 12: 345-349.
3. Arenas MD, Alvarez-Ude F, Gil MT, Malek T, Moledous A, Soriano A, Núñez C. “¿Es posible mejorar nuestros resultados en hemodiálisis? Establecimiento de objetivos de calidad, feedback y benchmarking” XXXVIII Congreso de la SEN. San Sebastián 2008.

Capítulo 261

Valoración de la atención enfermera por pacientes portadores de DAI

Cano Rosado, Laura

Campos Pérez-Madrid, Evangelina

Bastante Díaz, María Carmen

VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN ENFERMERA POR PACIENTES PORTADORES DE DAI .



INTRODUCCIÓN

La relación enfermera-paciente es un requisito indispensable para que el proceso terapéutico se desarrolle con éxito. Para ello se necesita comunicación propicia basada en la confianza, permitiendo de este modo obtener una información adecuada y generar un sentimiento de seguridad en el paciente haciéndolo receptivo a las sugerencias y recomendaciones de la enfermería; favoreciendo positivamente en la evolución de la enfermedad.

El interés principal tanto de profesionales sanitarios como de pacientes es que la atención recibida sea efectiva, eficiente, accesible , útil y basada en evidencias siempre que sea posible.

OBJETIVOS

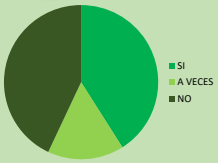
- DETERMINAR EL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES.
- APORTAR UNA ATENCIÓN GLOBAL Y CONTINUADA.
- INFORMAR AL PACIENTE Y LA FAMILIA DEL PROCESO QUE SE VA A REALIZAR.

METODOLOGÍA

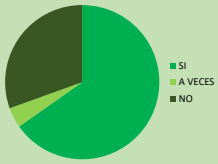
❖Estrategia de búsqueda: Análisis descriptivo a través de encuesta realizada en consulta de enfermería tras intervención quirúrgica por los pacientes portadores de DAI.

❖Análisis de datos: Se hizo de manera independiente por los autores analizando los resultados obtenidos mediante las encuestas.

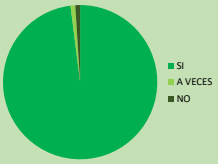
¿Sabe como comunicarse con las enfermeras de la consulta cuando tiene alguna duda?



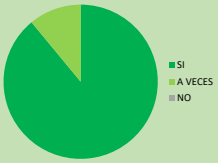
¿Cree que se le atiende de forma adecuada en la consulta?



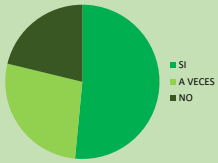
¿Cree que se le atiende de forma adecuada en el quirófano?



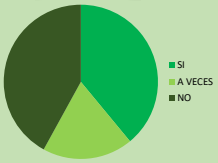
¿Cree necesario un teléfono de contacto?



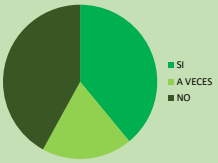
¿Cuándo va a la consulta le ven las mismas enfermeras?



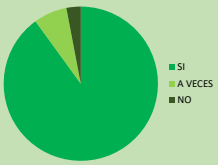
¿Las enfermeras que estaban en el quirófano son las mismas que estaban en la consulta?



¿Conoce el nombre de las enfermeras que le vieron?



¿Cree que la información recibida por enfermería es correcta y clara?



RESULTADOS

- El 51% de los pacientes creen que les ven siempre las mismas enfermeras.
- El 39% de los pacientes reconocen que las enfermeras del quirófano y de la consulta son las mismas.
- El 39% de los pacientes conocen el nombre de las enfermeras.
- El 42% de los pacientes saben como comunicarse con las enfermeras cuando tienen alguna duda.
- El 90% de los pacientes creen que la información recibida por la enfermería es correcta y clara.
- El 92% de los pacientes creen que se les atiende de forma adecuada en la consulta.
- El 98% de los pacientes creen que se le atiende de forma adecuada en el quirófano.
- El 89% de los pacientes cree necesario un teléfono de contacto.

CONCLUSIONES

✓ La actuación de la enfermería en la Unidad de Arritmias del HGUCR obtiene resultados muy satisfactorios para el paciente.

✓ La enfermería es muy valorada por el paciente en cuanto a información recibida demostrando que el tiempo dedicado a la transmisión de esta misma es necesario para solucionar dudas y fomentar seguridad.

✓ Los pacientes perciben una gran cercanía del personal de enfermería.

✓ Se demuestra que una buena atención enfermera fomenta la relación enfermera-paciente con todas las ventajas que ello conlleva para la promoción de salud en los pacientes portadores de DAI.

BIBLIOGRAFÍA:
Bretones Álvarez C, Sánchez Romero J. Construcción y valoración de una encuesta de satisfacción de usurarios de atención primaria. Revista de Atención Primaria España . 1997; 6(5): 50-6,
García Campayo J, El médico de la familia y los pacientes somatizadores, principios básicos de diagnóstico y tratamiento. Revista ;Humana España. 2003; 1(2):36-43.

Resumen: *El interés principal tanto de profesionales sanitarios como de pacientes es que la atención recibida sea efectiva, eficiente, accesible , útil y basada en evidencias siempre que sea posible. De ahí que el fin de este estudio sea realizar un análisis descriptivo a través de una encuesta realizada en la consulta de enfermería tras intervención quirúrgica por los pacientes portadores de DAI.*

Palabras Clave: *DAI; enfermera; atención.*

Introducción

La relación enfermera-paciente es un requisito indispensable para que el proceso terapéutico se desarrolle con éxito. Para ello se necesita comunicación propicia basada en la confianza, permitiendo de este modo obtener una información adecuada y generar un sentimiento de seguridad en el paciente haciéndolo receptivo a las sugerencias y recomendaciones de la enfermería; favoreciendo positivamente en la evolución de la enfermedad.

El interés principal tanto de profesionales sanitarios como de pacientes es que la atención recibida sea efectiva, eficiente, accesible , útil y basada en evidencias siempre que sea posible.

Objetivos

- Determinar el grado de satisfacción de los pacientes.
- Aportar una atención global y continuada.
- Informar al paciente y la familia del proceso que se va a realizar.

Método

- Estrategia de búsqueda: Análisis descriptivo a través de encuesta realizada en consulta de enfermería tras intervención quirúrgica por los pacientes portadores de DAI.
- Análisis de datos: Se hizo de manera independiente por los autores analizando los resultados obtenidos mediante las encuestas.

Resultados

- El 51 % de los pacientes creen que les ven siempre las mismas enfermeras.
- El 39 % de los pacientes reconocen que las enfermeras del quirófano y de la consulta son las mismas.
- El 39 % de los pacientes conocen el nombre de las enfermeras.
- El 42 % de los pacientes saben como comunicarse con las enfermeras cuando tienen alguna duda.
- El 90 % de los pacientes creen que la información recibida por la enfermería es correcta y clara.

ISBN: 978-84-949197-6-3

- El 92% de los pacientes creen que se les atiende de forma adecuada en la consulta.
- El 98 % de los pacientes creen que se le atiende de forma adecuada en el quirófano.
- El 89 % de los pacientes cree necesario un teléfono de contacto.

Conclusiones

- La actuación de la enfermería en la Unidad de Arritmias del HGUCR obtiene resultados muy satisfactorios para el paciente.
- La enfermería es muy valorada por el paciente en cuanto a información recibida demostrando que el tiempo dedicado a la transmisión de esta misma es necesario para solucionar dudas y fomentar seguridad.
- Los pacientes perciben una gran cercanía del personal de enfermería.
- Se demuestra que una buena atención enfermera fomenta la relación enfermera-paciente con todas las ventajas que ello conlleva para la promoción de salud en los pacientes portadores de DAI.

Bibliografía

1. Bretones Álvarez C, Sánchez Romero J. Construcción y valoración de una encuesta de satisfacción de usurarios de atención primaria. Revista de Atención Primaria España . 1997; 6(5): 50-6,
2. García Campayo J, El médico de la familia y los pacientes somatizadores, principios básicos de diagnóstico y tratamiento. Revista ;Humana España. 2003; 1(2):36-43.
3. ACC: Electrofisiología clínica. Mayo 2017, 402; DOI: 10.1016/j.jacep.2017.04.002

Capítulo 262

Valoracion del consumo de alcohol e información recibida en estudiantes de ESO y Bachillerato

Alcázar Pérez, Alberto

Maján Sesmero, Antonio

VALORACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL E INFORMACIÓN RECIBIDA EN ESTUDIANTES DE ESO Y BACHILLERATO

INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol entre los jóvenes suscita preocupación social. El alcohol sigue siendo la sustancia de consumo y abuso más común entre los adolescentes, además de tener más riesgo de presentar problemas con otras drogas. Conflictos y mala relación familiar, querer vivir una vida adulta, experimentar sensaciones agradables, caer en la continua presión social o sucesos vitales estresantes, son algunos de los factores de riesgo.

Se hace necesario conocer la prevalencia del consumo de alcohol en esta población, así como la información que han recibido sobre los efectos que produce, ya que este grupo de población se encuentra en un período de vulnerabilidad e importantes cambios tanto físicos como psicológicos.



OBJETIVOS

- Conocer la repercusión del alcohol en los adolescentes y el uso en la sociedad.
- Detectar la demanda y necesidad de grupos educativos en los centros escolares.



MATERIAL Y MÉTODOS

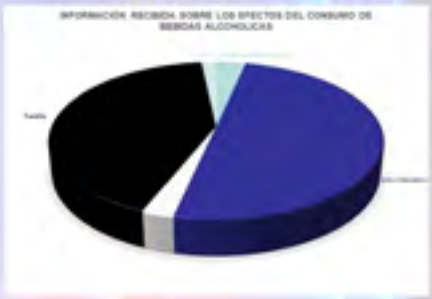
Estudio descriptivo transversal realizado en todos los cursos de ESO y Bachillerato de un instituto público de la localidad de Ciudad Real en marzo de 2019. Se contó con una muestra de conveniencia de 127 alumnos.

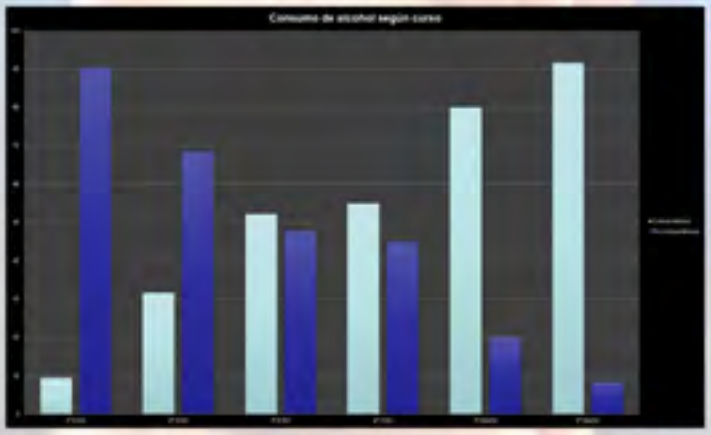
Se hizo una revisión sistemática en los buscadores de PUBMED y GOOGLE ACADÉMICO para después realizar una recogida de datos mediante un cuestionario (no validado) autoadministrado con 12 preguntas sobre el consumo de alcohol y la información recibida sobre los efectos del mismo.

La cumplimentación del cuestionario fue **anónima y voluntaria**, previa autorización en los menores de edad. El estudio estadístico se realizó con el programa PSPP versión 1.0.1.

RESULTADOS

- ✓ Se obtuvieron 127 cuestionarios válidos con un índice de participación del 85.23%.
- ✓ La edad media fue de 15.18 años (mínimo 11 y máximo de 20).
- ✓ En cuanto al sexo, participaron 77 varones y 50 mujeres.
- ✓ La participación por curso fue muy equitativa, siendo 2º de Bachillerato el que más participó y 2º de ESO el que menos.





- ➢ Un 63.6% de los participantes afirmó haber consumido alcohol y un 54.3% lo consumen actualmente.
- ➢ La edad más frecuente de inicio de consumo es a los 14 años con un 28.6%.
- ➢ El consumo más habitual era más de 5 vasos de bebidas alcohólicas con un 25%.
- ➢ Un 33.1% de los consumidores de alcohol afirmó estar "poco preocupado" por los efectos nocivos de este sobre su salud.
- ➢ Los familiares de estos alumnos "conocían y no les importaba" que consumieran alcohol en un 47.3% de los casos.
- ➢ Un 93.7% de los alumnos refirió haber recibido algún tipo de información sobre los efectos del alcohol en la salud, pero solo un 3.4% fue impartida por profesionales sanitarios

CONCLUSIONES

Los estudios sobre el consumo de alcohol en adolescentes indican que a los 13 años, 1/3 de los hombres y 1/4 de las mujeres han probado el alcohol. A los 18 años, el 92% de los varones y el 73% de las mujeres declaran haber consumido alcohol, y el 4% reconoce tomarlo diariamente. Más de 1/3 de los adolescentes son ingresados por consumo de alcohol.

Los datos obtenidos muestran unos resultados similares a los demás estudios realizados sobre este tema, siendo más de la mitad de los alumnos los que confirmaron consumir actualmente, con una edad de inicio temprana de los 14 años y con un cuarto de participantes que no bajaron de las 5 unidades como consumo más habitual.

A pesar del elevado porcentaje de información recibida sobre los efectos del consumo de alcohol , es evidente la necesidad de mejora de la misma, debido a la escasa información que han obtenido por parte de los profesionales sanitarios, y especialmente por los profesionales de enfermería que son los que deben tener un mayor peso al realizar EpS.

BIBLIOGRAFIA

1. Bukstein O. Adolescent substance abuse. En: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, eds. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9ª ed. Vol. II. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009: 3898
2. Espada JP, Botvin GJ, Griffin KW, Méndez X. Adolescentes consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del psicólogo*. 2003; 23 (84).
3. Alejandre MH. Consumo de alcohol y drogas en adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2011; 22(1): 96-100.
4. Ramos Serrano, C. Tabac, alcohol i drogues en l'adolescència: estudi descriptiu. 2014

Resumen: *El consumo de alcohol entre los jóvenes genera preocupación a la sanidad. Por tanto, es necesario conocer la prevalencia del consumo de alcohol en esta población y la información recibida sobre los efectos que genera. Se realizó un estudio descriptivo transversal en todos los cursos de un instituto público de Ciudad Real. Se obtuvo que a los 18 años, el 92% de los varones y el 73% de las mujeres declaran haber consumido alcohol; el 4% reconoce tomarlo diariamente. Por ello, es evidente la necesidad de mejora de la Educación para la salud (EpS) que reciben estos jóvenes.*

Palabras Clave: *Consumo de bebidas alcohólicas; educación en salud; enfermería en salud comunitaria.*

Introducción

El consumo de alcohol entre los jóvenes suscita preocupación social. El alcohol sigue siendo la sustancia de consumo y abuso más común entre los adolescentes, además de tener más riesgo de presentar problemas con otras drogas. Conflictos y mala relación familiar, querer vivir una vida adulta, experimentar sensaciones agradables, caer en la continua presión social o sucesos vitales estresantes, son algunos de los factores de riesgo.

Se hace necesario conocer la prevalencia del consumo de alcohol en esta población, así como la información que han recibido sobre los efectos que produce, ya que este grupo de población se encuentra en un período de vulnerabilidad e importantes cambios tanto físicos como psicológicos.

Objetivos

- Conocer la repercusión del alcohol en los adolescentes y el uso en la sociedad.
- Detectar la demanda y necesidad de grupos educativos en los centros escolares.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal realizado en todos los cursos de ESO y Bachillerato de un instituto público de la localidad de Ciudad Real en marzo de 2019. Se contó con una muestra de conveniencia de 127 alumnos.

Se hizo una revisión sistemática en los buscadores de PUBMED y GOOGLE ACADÉMICO para después realizar una recogida de datos mediante un cuestionario (no validado) autoadministrado con 12 preguntas sobre el consumo de alcohol y la información recibida sobre los efectos del mismo.

La cumplimentación del cuestionario fue anónima y voluntaria, previa autorización en los menores de edad. El estudio estadístico se realizó con el programa PSPP versión 1.0.1.

Resultados

- Se obtuvieron 127 cuestionarios válidos con un índice de participación del 85.23 %.
- La edad media fue de 15.18 años (mínimo 11 y máximo de 20).

ISBN: 978-84-949197-6-3

- En cuanto al sexo, participaron 77 varones y 50 mujeres.
- La participación por curso fue muy equitativa, siendo 2º de Bachillerato el que más participó y 2º de ESO el que menos.
- Un 63.6 % de los participantes afirmó haber consumido alcohol y un 54.3% lo consumen actualmente.
- La edad más frecuente de inicio de consumo es a los 14 años con un 28.6 %.
- El consumo más habitual era más de 5 vasos de bebidas alcohólicas con un 25 %.
- Un 33.1% de los consumidores de alcohol afirmó estar poco preocupado por los efectos nocivos de este sobre su salud.
- Los familiares de estos alumnos conocían y no les importaba que consumieran alcohol en un 47.3 % de los casos.
- Un 93.7 % de los alumnos refirió haber recibido algún tipo de información sobre los efectos del alcohol en la salud, pero solo un 3.4 % fue impartida por profesionales sanitarios.

Conclusiones

Los estudios sobre el consumo de alcohol en adolescentes indican que a los 13 años, 1/3 de los hombres y 1/4 de las mujeres han probado el alcohol. A los 18 años, el 92% de los varones y el 73% de las mujeres declaran haber consumido alcohol, y el 4% reconoce tomarlo diariamente. Más de 1/3 de los adolescentes son ingresados por consumo de alcohol.

Los datos obtenidos muestran unos resultados similares a los demás estudios realizados sobre este tema, siendo más de la mitad de los alumnos los que confirmaron consumir actualmente, con una edad de inicio temprana de los 14 años y con un cuarto de participantes que no bajaron de las 5 unidades como consumo más habitual.

A pesar del elevado porcentaje de información recibida sobre los efectos del consumo de alcohol , es evidente la necesidad de mejora de la misma, debido a la escasa información que han obtenido por parte de los profesionales sanitarios, y especialmente por los profesionales de enfermería que son los que deben tener un mayor peso al realizar EpS.

Bibliografía

1. Bukstein O. Adolescent subtance abuse. En: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, eds. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook os Psychiatry. 9ª ed. Vol. II. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009: 3818
2. Espada JP, Botvin GJ, Griffin KW, Méndez X. Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. Papeles del psicólogo. 2003; 23 (84).
3. Alejandro MH. Consumo de alcohol y drogas en adolescentes. Revista Médica Clínica Las Condes. 2011; 22(1): 98-109.
4. Ramos Serrano, C. Tabac, alcohol i drogues en l›adolescència: estudi descriptiu. 2014.

Capítulo 263

Valoracion del consumo de sustancias ilegales e información recibida en estudiantes de ESO y Bachillerato

Alcázar Pérez, Alberto

Maján Sesmero, Antonio

VALORACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES E INFORMACIÓN RECIBIDA EN ESTUDIANTES DE ESO Y BACHILLERATO

INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias ilegales entre los jóvenes es un tema que preocupa a la sanidad. Viene muy influido por los compañeros, amigos y aquellos que dicen consumirla para relajarse y/o abstraerse, utilizándose para escapar del estrés y como actividad social.

Algunos datos muestran que el consumo de estas sustancias se asocia a trastornos de ansiedad social y a síntomas de depresión; también hay estudios sobre el vínculo importante entre el comportamiento antisocial temprano, los trastornos de la conducta y el consumo de sustancias, pudiendo llevar a un inicio temprano de trastorno mental grave.

Se hace necesario conocer la prevalencia del consumo de sustancias tóxicas en esta población y de la información recibida sobre los efectos que genera, debido a que este grupo de población se encuentra en un período de vulnerabilidad e importantes cambios tanto físicos como psicológicos.



OBJETIVOS

- Conocer el consumo de sustancias ilegales entre los adolescentes y el uso de estas sustancias tóxicas en la sociedad.
- Detectar la demanda y necesidad de grupos educativos en los centros escolares.



MATERIAL Y MÉTODOS

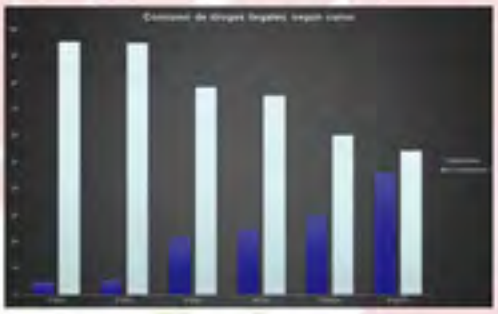
Estudio descriptivo transversal realizado en todos los cursos de ESO y Bachillerato de un instituto público de la localidad de Ciudad Real en marzo de 2019. Se contó con una muestra de conveniencia de 127 alumnos.

Se hizo una revisión sistemática en los buscadores de PUBMED y GOOGLE ACADÉMICO para después realizar una recogida de datos mediante un cuestionario (no validado) autoadministrado con 11 preguntas sobre el consumo de sustancias ilegales y la información recibida sobre los efectos de las mismas.

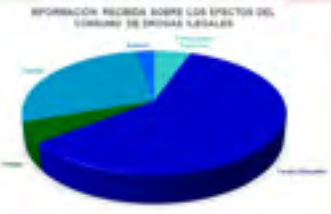
La cumplimentación del cuestionario fue anónima y voluntaria, previa autorización en los menores de edad. El estudio estadístico se realizó con el programa PSPP versión 1.0.1.

RESULTADOS

✓ Se obtuvieron 127 cuestionarios válidos con un índice de participación del 85.23%.
✓ La edad media fue de 15.18 años (mínimo 11 y máximo de 20).
✓ En cuanto al sexo, participaron 77 varones y 50 mujeres.
✓ La participación según curso fue muy equitativa, siendo 2º de Bachillerato el que más participó y 2º de ESO el que menos.



➢ Un 21.3% de los participantes afirmó haber consumido sustancias ilegales y un 16.8% las consumen actualmente. Los que no habían consumido nunca, un 62.2% fue debido a que "es malo para la salud".
➢ La edad más frecuente de inicio de consumo es a los 16 años con un 42.3%; En cuanto al sexo, los hombres son los que consumían más sustancias ilegales (72.41%).
➢ La sustancia más consumida fue la marihuana con un 96.4%, seguida del éxtasis con un 3.6%.
➢ Un 37.4% de los consumidores de estas sustancias afirmó estar "poco preocupado" por los efectos nocivos de las mismas sobre su salud.
➢ Los familiares desconocían el consumo de estas sustancias en un 80.8% de los casos.
➢ Un 96.9% de los alumnos refirió haber recibido algún tipo de información sobre los efectos de estas sustancias sobre la salud, pero solo un 5.3% fue dada por profesionales sanitarios.



CONCLUSIONES

Los estudios sobre el consumo de sustancias ilegales en adolescentes indican que 1/5 ha consumido marihuana o hachís, llegando a ser al final de bachillerato un 41% de adolescentes los que han consumido marihuana en alguna ocasión siendo, en la mayoría de casos, las sustancias legales (alcohol o tabaco) la puerta de entrada.

Los datos obtenidos muestran unos resultados similares a los demás estudios realizados sobre este tema, obteniendo un porcentaje a tener en cuenta por el crecimiento en consumo y la escasa preocupación e información recibida sobre estas sustancias/drogas ilegales.

A pesar del elevado porcentaje de información recibida sobre los efectos que generan, es evidente la necesidad de mejora de la misma, debido a la escasa información que han obtenido por parte de los profesionales sanitarios, y especialmente por los profesionales de enfermería que son los que deben tener un mayor peso al realizar EpS.

BIBLIOGRAFIA

1. Bukstein O. Adolescent substance abuse. En: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, eds. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook os Psychiatry. 9ª ed. Vol. II. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009: 3818
2. Espada JP, Botvin GJ, Griffin KW, Méndez X. Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del psicólogo*. 2003; *23* (84).
3. Alejandro MH. Consumo de alcohol y drogas en adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2011; *22*(1): 98-109.
4. Ramos Serrano, C. Tabac, alcohol i drogues en l'adolescència: estudi descriptiu. 2014

Resumen: *El consumo de sustancias ilegales entre los jóvenes es un tema que preocupa a la sanidad. Por tanto, es necesario conocer la prevalencia del consumo de sustancias tóxicas en esta población y la información recibida sobre los efectos que generan. Se realizó un estudio descriptivo transversal en todos los cursos de un instituto público de Ciudad Real. Se obtuvo que 1/5 de los adolescentes han consumido alguna vez marihuana o hachís, llegando este dato a un 41% al final de bachillerato. Por ello, es evidente la necesidad de mejora de la Educación para la salud (EpS) que reciben estos jóvenes.*

Palabras Clave: *Drogas Diseñadas; educación en salud; enfermería en salud comunitaria.*

Introducción

El consumo de sustancias ilegales entre los jóvenes es un tema que preocupa a la sanidad. Viene muy influido por los compañeros, amigos y aquellos que dicen consumirla para relajarse y/o abstraerse, utilizándose para escapar del estrés y como actividad social.

Algunos datos muestran que el consumo de estas sustancias se asocia a trastornos de ansiedad social y a síntomas de depresión; también hay estudios sobre el vínculo importante entre el comportamiento antisocial temprano, los trastornos de la conducta y el consumo de sustancias, pudiendo llevar a un inicio temprano de trastorno mental grave.

Se hace necesario conocer la prevalencia del consumo de sustancias tóxicas en esta población y de la información recibida sobre los efectos que genera, debido a que este grupo de población se encuentra en un período de vulnerabilidad e importantes cambios tanto físicos como psicológicos.

Objetivos

- Conocer el consumo de sustancias ilegales entre los adolescentes y el uso de estas sustancias tóxicas en la sociedad.
- Detectar la demanda y necesidad de grupos educativos en los centros escolares.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal realizado en todos los cursos de ESO y Bachillerato de un instituto público de la localidad de Ciudad Real en marzo de 2019. Se contó con una muestra de conveniencia de 127 alumnos.

Se hizo una revisión sistemática en los buscadores de PUBMED y GOOGLE ACADÉMICO para después realizar una recogida de datos mediante un cuestionario (no validado) autoadministrado con 11 preguntas sobre el consumo de sustancias ilegales y la información recibida sobre los efectos de las mismas.

La cumplimentación del cuestionario fue anónima y voluntaria, previa autorización en los menores de edad. El estudio estadístico se realizó con el programa PSPP versión 1.0.1.

Resultados

- Se obtuvieron 127 cuestionarios válidos con un índice de participación del 85.23 %.

ISBN: 978-84-949197-6-3

- La edad media fue de 15.18 años (mínimo 11 y máximo de 20).
- En cuanto al sexo, participaron 77 varones y 50 mujeres.
- La participación según curso fue muy equitativa, siendo 2º de Bachillerato el que más participó y 2º de ESO el que menos.
- Un 21.3 % de los participantes afirmó haber consumido sustancias ilegales y un 16.8 % las consumen actualmente. Los que no habían consumido nunca, un 62.2 % fue debido a que es malo para la salud.
- La edad más frecuente de inicio de consumo es a los 16 años con un 42.3 %; En cuanto al sexo, los hombres son los que consumían más sustancias ilegales (72.41 %).
- La sustancia más consumida fue la marihuana con un 96.4%, seguida del éxtasis con un 3.6%.
- Un 37.4 % de los consumidores de estas sustancias afirmó estar poco preocupado por los efectos nocivos de las mismas sobre su salud.
- Los familiares desconocían el consumo de estas sustancias en un 80.8% de los casos.
- Un 96.9 % de los alumnos refirió haber recibido algún tipo de información sobre los efectos de estas sustancias sobre la salud, pero solo un 5.3 % fue dada por profesionales sanitarios.

Conclusiones

- Los estudios sobre el consumo de sustancias ilegales en adolescentes indican que 1/5 ha consumido marihuana o hachís, llegando a ser al final de bachillerato un 41% de adolescentes los que han consumido marihuana en alguna ocasión siendo, en la mayoría de casos, las sustancias legales (alcohol o tabaco) la puerta de entrada.
- Los datos obtenidos muestran unos resultados similares a los demás estudios realizados sobre este tema, obteniendo un porcentaje a tener en cuenta por el crecimiento en consumo y la escasa preocupación e información recibida sobre estas sustancias/drogas ilegales.
- A pesar del elevado porcentaje de información recibida sobre los efectos que generan, es evidente la necesidad de mejora de la misma, debido a la escasa información que han obtenido por parte de los profesionales sanitarios, y especialmente por los profesionales de enfermería que son los que deben tener un mayor peso al realizar EpS.

Bibliografía

1. Bukstein O. Adolescent subtance abuse. En: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, eds. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook os Psychiatry. 9ª ed. Vol. II. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009: 3818.
2. Espada JP, Botvin GJ, Griffin KW, Méndez X. Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. Papeles del psicólogo. 2003; 23 (84).
3. Alejandro MH. Consumo de alcohol y drogas en adolescentes. Revista Médica Clínica Las Condes. 2011; 22(1): 98-109.
4. Ramos Serrano, C. Tabac, alcohol i drogues en l›adolescència: Estudi descriptiu. 2014.

Capítulo 264

Valoracion del consumo de tabaco e información recibida en estudiantes de ESO y Bachillerato

Alcázar Pérez, Alberto

Maján Sesmero, Antonio

VALORACIÓN DEL CONSUMO DE TABACO E INFORMACIÓN RECIBIDA EN ESTUDIANTES DE ESO Y BACHILLERATO

INTRODUCCIÓN

El consumo de tabaco entre los jóvenes es un tema que preocupa no solo a la sociedad sino también a la sanidad. Está muy influido por los compañeros, amigos y aquellos que dicen consumirlo para relajarse; conflictos y mala relación familiar, querer vivir una vida adulta...son algunos de los factores de riesgo, siendo la droga que más mortalidad produce.

Hay estudios sobre el vínculo importante entre el comportamiento antisocial temprano, los trastornos de la conducta y el consumo de sustancias, pudiendo llevar a un inicio temprano de trastorno mental grave.

Se hace necesario conocer la prevalencia del consumo de tabaco en esta población, así como la información que han recibido sobre los efectos del mismo, debido a que este grupo de población se encuentra en un período de vulnerabilidad e importantes cambios tanto físicos como psicológicos.



OBJETIVOS

- Conocer el consumo de tabaco en la población adolescente y el uso del mismo en la sociedad.
- Detectar la demanda y necesidad de grupos educativos en los centros escolares.



MATERIAL Y MÉTODOS

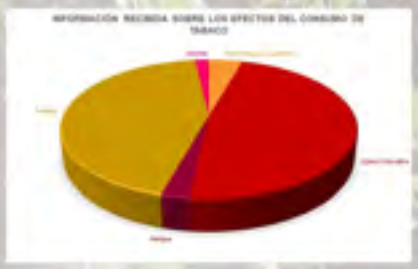
Estudio descriptivo transversal realizado en todos los cursos de ESO y Bachillerato de un instituto público de la localidad de Ciudad Real en marzo de 2019. Se contó con una muestra de conveniencia de 127 alumnos.

Se hizo una revisión sistemática en los buscadores de PUBMED y GOOGLE ACADÉMICO para después realizar una recogida de datos mediante un cuestionario (no validado) autoadministrado con 11 preguntas sobre el consumo de tabaco y la información recibida sobre los efectos del mismo.

La cumplimentación del cuestionario fue anónima y voluntaria, previa autorización en menores de edad. El estudio estadístico se realizó con el programa PSPP versión 1.0.1.

RESULTADOS

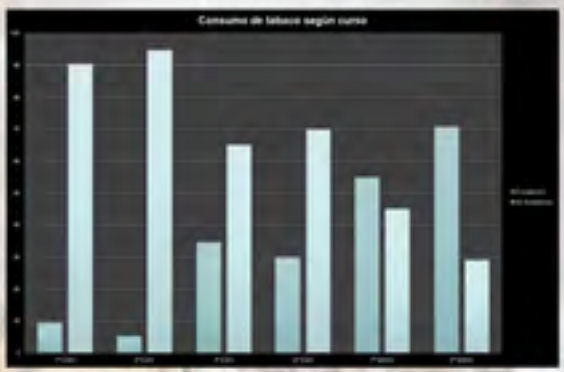
- ✓ Se obtuvieron 127 cuestionarios válidos con un índice de participación del 85.23%.
- ✓ La edad media fue de 15.18 años (mínimo 11 y máximo de 20).
- ✓ En cuanto al sexo, participaron 77 varones y 50 mujeres.
- ✓ La participación según curso fue muy equitativa, siendo 2º de Bachillerato el que más participó y 2º de ESO el que menos.



➢ Un 33.9% de los participantes afirmó haber consumido tabaco y un 32.1% lo consumen actualmente.

➢La edad más frecuente de inicio de consumo es a los 14 años con un 28.6%; en cuanto al sexo, los hombres son los que consumían más tabaco (55.10%).

➢El consumo más habitual era entre 2-5 cigarrillos/día con un 56.5%.



➢Un 40.2% de los fumadores afirmó estar "muy preocupado" por los efectos nocivos del tabaco sobre su salud.

➢Los familiares desconocían el consumo de tabaco en un 50% de los casos.

➢Un 95.3% de los alumnos refirió haber recibido algún tipo de información sobre los efectos del tabaco sobre la salud, pero solo un 4.4% fue impartida por profesionales sanitarios.

CONCLUSIONES

Estudios sobre el consumo de tabaco muestran que alrededor de 1/3 de la población ha fumado a los 17 años, siendo éste puerta de entrada al alcohol y a otras drogas ilegales.

Los datos obtenidos muestran unos resultados similares a los demás estudios realizados sobre este tema, obteniendo un porcentaje digno de mención por el constante crecimiento en consumo y la escasa preocupación sobre sus consecuencias en la salud.

A pesar del elevado porcentaje de información recibida sobre los efectos que provoca, es evidente la necesidad de mejora de la misma, debido a la escasa información que han obtenido por parte de los profesionales sanitarios, y especialmente por los profesionales de enfermería que son los que deben tener un mayor peso al realizar EpS.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bukstein O. Adolescent substance abuse. En: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, eds. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9ª ed. Vol. II. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009: 3818
2. Espada JP, Botvin GJ, Griffin KW, Méndez X. Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del psicólogo*. 2003; *23* (84).
3. Alejandro MH. Consumo de alcohol y drogas en adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2011; *22*(1): 98-109.
4. Ramos Serrano, C. Tabac, alcohol i drogues en l'adolescència: estudi descriptiu. 2004

Resumen: *El consumo de tabaco entre los jóvenes preocupa a la sanidad. Por tanto, es necesario conocer la prevalencia del consumo de tabaco en esta población y la información recibida sobre los efectos que genera. Se realizó un estudio descriptivo transversal en todos los cursos de un instituto público de Ciudad Real. Los resultados muestran que alrededor de 1/3 de la población ha fumado a los 17 años, siendo éste puerta de entrada al alcohol y a otras drogas ilegales. Por ello, es evidente la necesidad de mejora de la Educación para la salud (EpS) que reciben estos jóvenes.*

Palabras Clave: *Tabaco; educación en salud; enfermería en salud comunitaria.*

Introducción

El consumo de tabaco entre los jóvenes es un tema que preocupa no solo a la sociedad sino también a la sanidad. Está muy influido por los compañeros, amigos y aquellos que dicen consumirlo para relajarse; conflictos y mala relación familiar, querer vivir una vida adulta…son algunos de los factores de riesgo, siendo la droga que más mortalidad produce.

Hay estudios sobre el vínculo importante entre el comportamiento antisocial temprano, los trastornos de la conducta y el consumo de sustancias, pudiendo llevar a un inicio temprano de trastorno mental grave.

Se hace necesario conocer la prevalencia del consumo de tabaco en esta población, así como la información que han recibido sobre los efectos del mismo, debido a que este grupo de población se encuentra en un período de vulnerabilidad e importantes cambios tanto físicos como psicológicos.

Objetivos

- Conocer el consumo de tabaco en la población adolescente y el uso del mismo en la sociedad.
- Detectar la demanda y necesidad de grupos educativos en los centros escolares.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal realizado en todos los cursos de ESO y Bachillerato de un instituto público de la localidad de Ciudad Real en marzo de 2019. Se contó con una muestra de conveniencia de 127 alumnos.

Se hizo una revisión sistemática en los buscadores de PUBMED y GOOGLE ACADÉMICO para después realizar una recogida de datos mediante un cuestionario (no validado) autoadministrado con 11 preguntas sobre el consumo de tabaco y la información recibida sobre los efectos del mismo.

La cumplimentación del cuestionario fue anónima y voluntaria, previa autorización en menores de edad. El estudio estadístico se realizó con el programa PSPP versión 1.0.1.

Resultados

- Se obtuvieron 127 cuestionarios válidos con un índice de participación del 85.23 %.
- La edad media fue de 15.18 años (mínimo 11 y máximo de 20).

ISBN: 978-84-949197-6-3

- En cuanto al sexo, participaron 77 varones y 50 mujeres.
- La participación según curso fue muy equitativa, siendo 2º de Bachillerato el que más participó y 2º de ESO el que menos.
- Un 33.9 % de los participantes afirmó haber consumido tabaco y un 32.1 % lo consumen actualmente.
- La edad más frecuente de inicio de consumo es a los 14 años con un 28.6 %; en cuanto al sexo, los hombres son los que consumían más tabaco (55.10 %).
- El consumo más habitual era entre 2-5 cigarrillos/día con un 56.5 %.
- Un 40.2 % de los fumadores afirmó estar muy preocupado por los efectos nocivos del tabaco sobre su salud.
- Los familiares desconocían el consumo de tabaco en un 50 % de los casos.
- Un 95,3 % de los alumnos refirió haber recibido algún tipo de información sobre los efectos del tabaco sobre la salud, pero solo un 4.4 % fue impartida por profesionales sanitarios.

Conclusiones

Estudios sobre el consumo de tabaco muestran que alrededor de 1/3 de la población ha fumado a los 17 años, siendo éste puerta de entrada al alcohol y a otras drogas ilegales.

Los datos obtenidos muestran unos resultados similares a los demás estudios realizados sobre este tema, obteniendo un porcentaje digno de mención por el constante crecimiento en consumo y la escasa preocupación sobre sus consecuencias en la salud.

A pesar del elevado porcentaje de información recibida sobre los efectos que provoca, es evidente la necesidad de mejora de la misma, debido a la escasa información que han obtenido por parte de los profesionales sanitarios, y especialmente por los profesionales de enfermería que son los que deben tener un mayor peso al realizar EpS.

Bibliografía

1. Bukstein O. Adolescent subtance abuse. En: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, eds. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook os Psychiatry. 9ª ed. Vol. II. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009: 3818.
2. Espada JP, Botvin GJ, Griffin KW, Méndez X. Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. Papeles del psicólogo. 2003; 23 (84).
3. Alejandro MH. Consumo de alcohol y drogas en adolescentes. Revista Médica Clínica Las Condes. 2011; 22(1): 98-109.
4. Ramos Serrano, C. Tabac, alcohol i drogues en l›adolescència: estudi descriptiu. 2014.

Capítulo 265

Valoración enfermera del dolor postoperatorio tras el 2º año implantación de la unidad del dolor agudo

Correal Puime, Julián

Nuñez Delgado, Cristina

Fernández Blanco, Purificación

Higueras Arévalo, Ana Belén

Talavera Gijón, Estíbaliz

Rivero González, Ana

VALORACIÓN ENFERMERA DEL DOLOR POSTOPERATORIO TRAS EL 2º AÑO IMPLANTACIÓN DE LA UNIDAD DEL DOLOR AGUDO.

AUTORES: Correal Puime, Julián. Nuñez Delgado, Cristina.Rivero González Ana. Fernández Blanco, Purificación. Talavera Gijón, Estibaliz. Higueras Arévalo, Ana Belén.

INTRODUCCIÓN

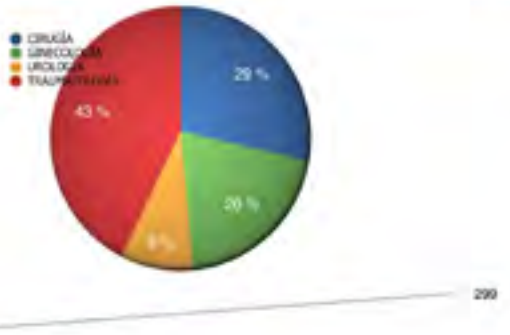
Existen evidencias de que el control adecuado del dolor agudo postquirúrgico (DAP) aumenta la satisfacción de los pacientes y contribuye a disminuir la morbilidad postoperatoria e incluso la estancia hospitalaria (1). La implantación de Unidades de Dolor Agudo (UDA) se relacionan directamente con un mejor control de este DAP. Para poner en marcha una UDA el primer paso es conocer el nivel de dolor de los pacientes postquirúrgicos. El personal de Enfermería de una UDA debe conocer como valorar este dolor pese a su dificultad al ser una experiencia subjetiva. Para ello nos valemos de escalas que nos permiten evaluarlo de una manera individualizada y lo mas correctamente posible.(2)

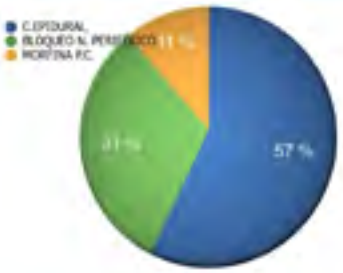


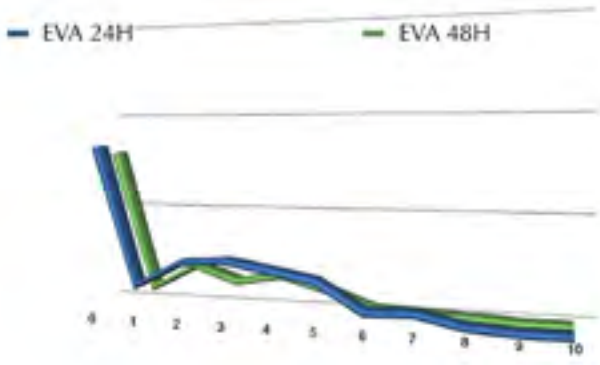
MUESTRA Y METODOS

Realizamos un estudio Descriptivo Transversal Prospectivo. Se aplica la escala EVA a los pacientes intervenidos, a las 24h y 48h desde la salida de quirófano.

La muestra estudiada corresponde a 350 pacientes intervenidos durante el año 2018, procedentes de las especialidades de Traumatología, Cirugía, Ginecología y Urología. Dependiendo de la intervención se elige la técnica anestésica más apropiada,: catéter epidural, bloqueo nervio periférico y perfusión cloruro mórfico.







RESULTADOS

En cuanto dolor postoperatorio consideramos como dolor controlado, cualquier valor en la escala EVA por debajo de 4. (4)

Del total de nuestros pacientes el valor más alto en la escala EVA a las 24h fue de 8 en dos ocasiones y en nueve ocasiones se reflejó un EVA de 7 y tan solo 47 pacientes situaron su valor por encima de 4, resultando un EVA medio a las 24 H de 2,057

A las 48 horas se recogió como valor más alto en dos ocasiones un valor de 8 y en tres ocasiones de 7, de todos estos tan solo 27 pacientes situaron su dolor por encima de 4, resultando en EVA medio a las 48 horas de 1,72.

CONCLUSIONES

Podemos concluir dada nuestra amplia muestra a estudio que los pacientes sometidos a una intervención en nuestro Hospital están bien controlados en cuanto el dolor Postoperatorio. Para ello la instauración de la UDA y el papel de la enfermería es clave en la detección temprana del dolor junto al paciente, para llevar a cabo las intervenciones necesarias.

BIBLIOGRAFÍA

1.Moreno-Azcoitia, M; De Andrés, J A ; Torres, LM; Vidal, M A; Estudio Observacional sobre el dolor postoperatorio leve o moderado desde el punto de vista del anestesiólogo en España.PATHOS. Revista de la Sociedad Española de Dolor.14 (2007);8:559-567.

2.Torres , L M ; Vidal , M A ; Ezeiza , R ; Pérez , A C ; Aragón , M C ; Collado , F. Organización de una Unidad de Dolor Agudo en un Hospital Regional. Revista de la Sociedad Española de Dolor 15 (2008);1: 28-40.

3.EDUPAC. http://www.meiorna.com/v2/dolor-oncologico-escala-visualanalogica-dfb8.htm

4. Hartrick CT, Kovan JP, Shapiro S. The numeric rating scale for clinical pain measurement: a ratio measure? Pain Pract 2003;3(4):310-316.

Resumen: *La implantación de Unidades de Dolor Agudo en un hospital están relacionadas con un mayor control del dolor postoperatorio. Enfermería es el personal que debe valorar este síntoma, con escalas visuales como la escala EVA. Realizamos un Estudio Descriptivo Transversal Prospectivo. Con una muestra de 350 pacientes intervenidos durante un año, comparamos pacientes a los que se le practica un bloqueo nervioso, catéter epidural y perfusión de cloruro mórfico. Posteriormente medimos el dolor postoperatorio a las 24 horas y 48 horas. Podemos concluir que en nuestro hospital con la Unidad del Dolor instaurada tenemos un control del dolor postoperatorio satisfactorio.*

Palabras Clave: *Dolor postoperatorio; percepción del dolor; manejo del dolor.*

Introducción

Existen evidencias de que el control adecuado del dolor agudo postquirúrgico (DAP) aumenta la satisfacción de los pacientes y contribuye a disminuir la morbilidad postoperatoria e incluso la estancia hospitalaria. La implantación de Unidades de Dolor Agudo (UDA) se relacionan directamente con un mejor control de este DAP. Para poner en marcha una UDA el primer paso es conocer el nivel de dolor de los pacientes postquirúrgicos. El personal de Enfermería de una UDA debe conocer como valorar este dolor pese a su dificultad al ser una experiencia subjetiva. Para ello nos valemos de escalas que nos permiten evaluarlo de una manera individualizada y lo mas correctamente posible. La escala utilizada en nuestro estudio es la Escala Visual Analógica (EVA). Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros. En el lado izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

Muestra y métodos

Realizamos un estudio descriptivo transversal prospectivo. Se aplica la escala EVA a los pacientes intervenidos, a las 24h y 48h desde la salida de quirófano.

La muestra estudiada corresponde a 350 pacientes intervenidos durante el año 2018, procedentes de las especialidades de Traumatología, Cirugía, Ginecología y Urología. Dependiendo de la intervención se elige la técnica anestésica más apropiada,: catéter epidural, bloqueo nervio periférico y perfusión cloruro mórfico.

Resultados

En cuanto dolor postoperatorio consideramos como dolor controlado, cualquier valor en la escala EVA por debajo de 4.

Del total de nuestros pacientes el valor más alto en la escala EVA a las 24h fue de 8 en dos ocasiones y en nueve ocasiones se reflejó un EVA de 7 y tan solo 47 pacientes situaron su valor por encima de 4, resultando un EVA medio a las 24 H de 2,057

A las 48 horas se recogió como valor más alto en dos ocasiones un valor de 8 y en tres ocasiones de 7, de todos estos tan solo 27 pacientes situaron su dolor por encima de 4, resultando en EVA medio a las 48 horas de 1,72.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Conclusiones

Podemos concluir, dada nuestra amplia muestra a estudio que los pacientes sometidos a una intervención en nuestro Hospital están bien controlados en cuanto el dolor Postoperatorio. Para ello la instauración de la UDA y el papel de la enfermería es clave en la detección temprana del dolor junto al paciente, para llevar a cabo las intervenciones necesarias.

Bibliografía

1. Moreno-Azcoitia, M; De Andrés, J A ; Torres, LM; Vidal, M A; Estudio Observacional sobre el dolor postoperatorio leve o moderado desde el punto de vista del anestesiólogo en España. PATHOS. Revista de la Sociedad Española de Dolor.14 (2007);8:550–567.
2. Torres , L M ; Vidal , M A ; Eizaga , R ; Pérez , A C ; Aragón , M C ; Collado , F. Organización de una Unidad de Dolor Agudo en un Hospital Regional. Revista de la Sociedad Española de Dolor 15 (2008);1: 28-40.
3. Hartrick CT, Kovan JP, Shapiro S. The numeric rating scale for clinical pain measuresent: a ratio measure? Pain Pract 2003;3(4):310-316.

Capítulo 266

Ventajas del uso de bombas elastoméricas de analgesia para la disminución del dolor postoperatorio agudo

Rodríguez Medina, Leticia María

Fernández Barranco, Sara

Ordóñez Urbano, María del Carmen

VENTAJAS DEL USO DE BOMBAS ELASTOMÉRICAS DE ANALGESIA PARA LA DISMINUCIÓN DEL DOLOR POSTOPERATORIO AGUDO.

Rodríguez Medina, Leticia María; Fernández Barranco, Sara; Ordóñez Urbano, María Del Carmen.



INTRODUCCIÓN

El dolor agudo postoperatorio aparece como consecuencia de un daño en los tejidos y órganos resultantes de una intervención quirúrgica. Se caracteriza por presentar una intensidad máxima en las primeras 24 horas y que disminuye progresivamente. La administración temprana y continua de analgésicos conseguirá el alivio del dolor por parte del paciente y se garantizará su máximo bienestar.

OBJETIVOS

Analizar la información científica disponible acerca de las ventajas que tienen las bombas elastómeras de analgesia para controlar el dolor postoperatorio agudo.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión sistemática de documentos sobre prevención de caídas en residencias mediante el uso de sensores de movimiento. Se consultaron diferentes bases de datos (Pubmed, y Cochrane plus) así como el buscador Google Schoolar. La búsqueda se limitó al intervalo 2010-2019. Se utilizaron descriptores en español: “dolor", “analgesia", “bomba elastómera” y “postoperatorio”. Los criterios establecidos fueron: 1) Estudios que analicen el tema a abordar. 2) Que aporten datos empíricos sobre el estado de la cuestión; 3) Con acceso a texto completo; 4) Escritos en inglés y español. De un total de 18 publicaciones, fueron seleccionados 3.

RESULTADOS



Cantón González, O, afirma que el efecto de la bomba elactomérica de analgesia puede durar hasta las 42 primeras horas postoperatorias, con lo que el control del dolor en las primeras horas será muy efectivo y los pacientes precisarán de menor analgesia de rescate.



Como ventajas, Méndez Gómez, R et al señala que al no percibir dolor, la deambulación es precoz, se demuestran menor número de complicaciones, disminución de la estancia hospitalaria y menor coste por proceso.



Navarrete S et al aconseja que una correcta elección de analgesia adecuada a cada paciente será la clave de una buena y precoz recuperación postoperatoria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cantón González, O. (2014). Control del dolor postoperatorio mediante el uso de bombas elastoméricas..
2. Gómez, R. M. M., Buiza, L. O., Chena, P. V., Hernando, J. Á., & Cabeza, B. H. (2010). Analgesia postoperatoria mediante sistema elastomérico. In XXIV Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería de Anestesia Reanimación y Terapia del Dolor (ASEEDAR-TD).
3. Navarrete, S. V. M., de la Torre, L. B. C., Briones, E. T. C., Almeida, G. A. A., Moreira, R. A. M., & Loor, G. Y. G. (2019). Técnicas analgésicas para el control del dolor postoperatorio. *RECIMUNDO*, *3*(1), 1464-1495.

CONCLUSIONES

Las bombas elactoméricas de analgesia son una buena elección en el postoperatorio de intervenciones quirúrgicas que respondan con dolor moderado-agudo teniendo mínimos efectos adversos al paciente y asegurando una recuperación favorable.

Resumen: *El adecuado control del dolor postoperatorio es una parte esencial de los cuidados de enfermería. Las bombas elastoméricas de analgesia son una buena elección en el postoperatorio de intervenciones quirúrgicas que respondan con dolor moderado-agudo teniendo mínimos efectos adversos al paciente y asegurando una recuperación favorable. El objetivo de nuestro trabajo, es dar a conocer estos dispositivos, para así colaborar con la formación de los profesionales implicados en el control del dolor postquirúrgico. El correcto manejo del dolor debe ser una prioridad asistencial para poder brindar unos cuidados de calidad.*

Palabras Clave: *Dolor; postoperatorio; bomba elastomérica.*

Introducción

Gracias a los nuevos enfoques y multitud de alternativas terapéuticas, el control eficaz del dolor postoperatorio se ha convertido en un objetivo primordial en el Siglo XXI.

El dolor agudo postoperatorio aparece como consecuencia de un daño en los tejidos y órganos resultantes de una intervención quirúrgica. Se caracteriza por presentar una intensidad máxima en las primeras 24 horas y que disminuye progresivamente. La administración temprana y continua de analgésicos conseguirá el alivio del dolor por parte del paciente y se garantizará su máximo bienestar.

Los protocolos analgésicos específicos para cada tipo de intervención quirúrgica, adaptados a los protocolos estandarizados en la práctica clínica hospitalaria, son una garantía para individualizar los tratamientos y responder adecuadamente a las demandas analgésicas de cada paciente.

Objetivos

- Analizar la información científica disponible acerca de las ventajas que tienen las bombas elastómeras de analgesia para controlar el dolor postoperatorio agudo.
- Dar a conocer a los profesionales de enfermería, el correcto uso de las bombas elastoméricas en el dolor postoperatorio.

Material y métodos

Se llevó a cabo una revisión sistemática de 18 artículos científicos en distintas bases de datos (PUBMED, CINHAL, CUIDEN Plus, SCIELO, Biblioteca COCHRANE, MEDLINE, Gerión) y en el buscador Google académico. Como criterios de inclusión se ha establecido un rango de fechas, de artículos con una antigüedad limitada al intervalo de años comprendidos entre 2010-2019. Los descriptores utilizados en español fueron: dolor, analgesia, bomba elastómera y postoperatorio. Los criterios de inclusión establecidos fueron: 1) Estudios que analicen el tema a abordar. 2) Que aporten datos empíricos sobre el estado de la cuestión; 3) Con acceso a texto completo; 4) Escritos en inglés y español.

Solo cumplieron los criterios de inclusión 9 artículos.

Resultados

Para el éxito de una intervención quirúrgica es de suma importancia el correcto control del dolor postoperatorio. Sin embargo, existen determinadas intervenciones donde este control del dolor es más complicado, siendo aquí donde parten los fundamentos del uso de las bombas elastoméricas de perfusión postoperatoria. Estos dispositivos, permiten la administración de fármacos de manera continua, segura y sencilla sin necesidad de batería. Ayudan a mantener los niveles plasmáticos del fármaco estables y un nivel de analgesia peri-incisión adecuado para el control del dolor agudo.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Tras la revisión de la literatura existente, comprobamos que el efecto de la bomba elastomérica de analgesia puede durar hasta las 42 primeras horas postoperatorias, con lo que el control del dolor en estas primeras horas será muy efectivo y los pacientes precisarán de menor analgesia de rescate.

El tratamiento del dolor postoperatorio no es solo una cuestión de aumentar el bienestar del paciente, sino que también repercute en el curso de la lesión quirúrgica. Como ventajas algunos autores señalan que al no percibir dolor, la deambulación de estos pacientes se realiza de manera precoz, se demuestran menor número de complicaciones, reduce la morbilidad postoperatoria, con la consiguiente disminución de la estancia hospitalaria y menor coste por proceso.

No debemos de olvidar que una correcta elección de analgesia adecuada a cada paciente y al tipo de cirugía, será la clave de una buena y precoz recuperación postoperatoria. Un inadecuado manejo del dolor ocasiona malestar, sufrimiento innecesario, alteraciones fisiopatológicas importantes, además de angustia y desconfianza. Por tanto, para dibujar una estrategia analgésica efectiva es recomendable controlar estos factores predisponentes.

Entre las causas más destacadas que impiden el correcto manejo de las bombas elastoméricas, hemos observado que destaca la deficiente formación en este tema de los profesionales implicados y la escasa información de los pacientes.

Conclusión

Partiendo del modelo asistencial que nos caracteriza, comprobamos que el personal de enfermería son los profesionales que acompañan y cuidan al paciente en todas las fases del proceso quirúrgico. Hemos comprobado, que uno de los factores que el paciente considera como parte de la calidad de nuestra asistencia hospitalaria, en el curso de su proceso quirúrgico, es la ausencia de dolor postoperatorio. Por esta razón, entre nuestras funciones se encuentra el conseguir su mayor grado de confort y satisfacción.

Las bombas elastoméricas de analgesia son una buena elección en el postoperatorio de intervenciones quirúrgicas que respondan con dolor moderado-agudo teniendo mínimos efectos adversos al paciente y asegurando una recuperación favorable. Dada la variabilidad de procedimientos y la diversidad de pacientes, nuestra aportación será adecuar el tratamiento a cada paciente de forma individualizada

La formación y conocimiento de los profesionales implicados en el control del dolor, así como las habilidades en el manejo de los distintos analgésicos y sus distintas vías de administración, son aspectos prioritarios y fundamentales para el control, alivio y prevención del dolor, además de la reducción de los posibles efectos secundarios de los analgésicos.

Bibliografía

1. Esteve-Pérez N, Sansaloni-Perelló C, Verd-Rodríguez M, Ribera-Leclerc H, Mora-Fernández C. Nuevos enfoques en el tratamiento del dolor agudo postoperatorio. Revista de la Sociedad Española del Dolor;2017,24(3):132-139.
2. Cantón González O. Control del dolor postoperatorio mediante el uso de bombas elastoméricas; 2014.
3. Gómez Mendez RM, et al. Analgesia postoperatoria mediante sistema elastomérico. In XXIV Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería de Anestesia Reanimación y Terapia del Dolor (ASEEDAR-TD); 2013.
4. Navarrete Menzona SV, et al. Técnicas analgésicas para el control del dolor postoperatorio. RECIMUNDO; 2019,3(1):1464-1495.
5. Rivera-Ordoñez A. Dolor agudo postoperatorio. Revista Mexicana de Anestesiología; 2016,39(S1):174-177.

Capítulo 267

Ventilación mecánica no invasiva en bronquiolitis vírica

Crespo González, Elena

Martínez Sánchez, María del Carmen

Giménez-Galanes Cejudo, Gema María

CASO CLÍNICO

VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN BRONQUIOLITIS VÍRICA.





INTRODUCCIÓN

La bronquiolitis es la principal causa de ingreso por infección respiratoria aguda de vías bajas en niños menores de 2 años. Se define como primer episodio agudo de dificultad respiratoria con sibilancias, precedido de cuadro catarral de vías altas. Habitualmente causada por virus y se caracteriza por inflamación aguda, edema y necrosis de células epiteliales de los bronquios más pequeños junto con hipersecrección de moco. La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) es una forma de soporte respiratorio sin intubación en situaciones de fallo respiratorio agudo o crónico.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Varón de 20 días de vida con antecedentes de prematuridad de 36 semanas que desde hace 24 horas la madre lo nota pálido y poco activo, con cuadro de tos y moco en los días previos, afebril. Acude al servicio de urgencias por empeoramiento progresivo, donde tras encontrarle signos de hipotonía, hipoperfusión y saturaciones de 70%, se decide ingresar en UCI PEDIATRICA.
Se inicia VMNI en modalidad presión control en SERVO-i e interfase TOTAL FACE (Peep 8/PC sobre PEEP 8/FR 25/FiO2 0.25-0.3) manteniendo buena dinámica respiratoria. VRS en exudado nasal positivo. Recibe aerosolterapia con adrenalina y suero hipertónico al 3%. A las 48 horas de ingreso empeoramiento con aumento del trabajo respiratorio con tiraje subcostal moderado y polipnea. Se añade al tratamiento previo cort coide intravenoso y azitromicina oral. El tercer día de ingreso permite paso a SiPAP Infant Flow con interfase nasal, con presión media en la vía aérea en torno a 8 cmH2O, manteniendo este soporte respiratorio hasta el 7º día. Destete progresivo a CPAP y posteriormente a oxigenoterapia alto flujo y convencional sin incidencias. Se suspende corticoide el 9º día de ingreso.

PLAN DE CUIDADOS

NANDA

00032
PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ

NOC

ESTADO RESPIRATORIO: VENTILACIÓN
0403

040301 Frecuencia respiratoria.

040309 Utilización de músculos accesorios.

040311 Retracción torácica.

NIC

AYUDA A LA VENTILACIÓN
3390

Mantener la vía permeable

Colocar al paciente de forma que alivie la disnea

Observar si hay fatiga muscular respiratoria iniciar y mantener suplemento de oxigeno según prescripción.

MANEJO DE LA VÍA AÉREA
3140

Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible.

Abordar la via aérea oral o nasofaríngea si procede.

MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA
3350

Vigilar FR, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.

Anotar el movimiento torácico, mirando la simetría, utilizando músculos accesorios y retracciones de músculo intercostales y supraclaviculares.

PRECAUCIÓN PARA EVITAR ASPIRACIÓN
3200

Alimentación en pequeñas cantidades y frecuentes.

En la toma de biberones estará incorporado lo máximo posible.

Mantener elevado el cabecero de la cama, 30º.

Mantener la via aérea libre de secrecciones antes de la toma de alimentación por lavados nasales.

Vigilar accesos de tos y capacidad deglutoria.

NANDA

00030
DETERIORO DEL INTERCAMBIO GASEOSO

NOC

ESTADO RESPIRATORIO:INTERCAMBIO GASEOSO
0402

040206 Cianosis.

040211 Saturación de oxigeno.

040210 pH arterial.

NIC

OXIGENOTERAPIA
3320

Eliminar secrecciones bucales, nasales y traqueales si procede.

Mantener permeabilidad de la vía aérea.

Preparar el equipo de oxigeno y administrar a través de sistema calefactado y humidificado.

Vigilar el flujo de litros de oxígeno.

MANEJO ÁCIDO BASE
1910

Mantener acceso iv permeable.

Mantener vías aéreas despejadas.

Controlar el patrón respiratorio,disminuir el consumo de O2 según corresponda.

NANDA

00047
RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA

NOC

INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS
1101

110104 Hidratación.

110113 Integridad de la piel.

110115 Lesiones cutáneas.

NIC

MANEJO DE PRESIONES
3500

Observar si hay zonas de enrojecimiento o solución de continuidad de la piel.

Abstenerse de aplicar presión a la parte corporal afectada.

Aplicar protectores en la zona nasal y pómulos (CPAP; gafas nasales)

VIGILANCIA DE LA PIEL
3590

Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y membranas mucosas.

Vigilar el color y Tª de la piel.

Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.

Observar si hay zonas de presión o fricción.

Colocar en la posición terapéutica indicada.

Colocar en posición para el alivio de la disnea.

Proporcionar un apoyo adecuado para el cuello.

NANDA

00115
RIESGO DE CONDUCTA DESORGANIZADA DEL LACTANTE

NOC

DESARROLLO INFANTIL. 1 MES.
0120 012002

Hace señales de incomodidad.

NIC

MEJORAR EL SUEÑO
1850

Incluir el ciclo regular de sueño/vigilia del paciente en la planificación de cuidados.

Agrupar las actividades para minimizar el número de despertares.

Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día/noche normales.

MANEJO AMBIENTAL
6480

Crear un ambiente seguro para el paciente.

Retirar del ambiente los objetos que sean peligrosos.

Proporcionar un colchón firme.

Disminuir los estímulos ambientales.

DISCUSIÓN

Actualmente podemos considerar la VMNI como el estándar en el manejo y cuidado de los niños con bronquiolitis haciendo disminuir la estancia hospitalaria y la intubación orotraqueal.

CONCLUSIÓN

La bronquiolitis es la enfermedad del tracto respiratorio más frecuente durante el primer año de vida, que ocurre de forma epidémica durante el invierno y principio de la primavera. El virus respiratorio sincitial es el agente etiológico más frecuente La VMNI ha cobrado gran importancia en el tratamiento de esta patología en los últimos años, permitiendo reducir los riesgos asociados a la VM.

Resumen: *Dado que la bronquiolitis es la principal causa de ingreso por infección respiratoria en niños menores de 2 años, presentamos el caso de un varón de 20 días diagnosticado de bronquiolitis vírica por virus respiratorio sincitial (VRS) que es ingresado en la UCI pediátrica para ser tratado, manteniendo durante su ingreso un soporte respiratorio de ventilación mecánica no invasiva (VMNI), la cual permite reducir los riesgos asociados a la intubación y a la ventilación mecánica invasiva. Desarrollamos un plan de cuidados enfermero para asegurar el correcto manejo de los pacientes pediátricos sometidos a VMNI.*

Palabras Clave: *Ventilación no invasiva D063087; bronquiolitis viral d001990; infecciones por virus sincitial respiratorio d018357.*

Introducción

La bronquiolitis es la principal causa de ingreso por infección respiratoria aguda de vías bajas en niños menores de 2 años. Se define como primer episodio agudo de dificultad respiratoria con sibilancias, precedido de cuadro catarral de vías altas. Habitualmente está causada por virus y se caracteriza por inflamación aguda, edema y necrosis de células epiteliales de los bronquios más pequeños junto con hipersecrección de moco.

La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) es una forma de soporte respiratorio sin intubación en situaciones de fallo respiratorio agudo o crónico.

Observación clínica

Varón de 20 días de vida con antecedentes de prematuridad de 36 semanas que desde hace 24 horas la madre lo nota pálido y poco activo, con cuadro de tos y moco en los días previos, afebril.

Acude al servicio de urgencias por empeoramiento progresivo, donde tras encontrarle signos de hipotonía, hipoperfusión y saturaciones de 70%, se decide ingresar en UCI pediátrica.

Se inicia VMNI en modalidad presión control con SERVO-i e interfase TOTAL FACE (PEEP 8/PC sobre PEEP 8/FR 25/FiO2 0.25-0.3) manteniendo buena dinámica respiratoria.

Virus respiratorio sincitial (VRS) en exudado nasal positivo.

Recibe aerosolterapia con adrenalina y suero hipertónico al 3%. A las 48 horas de ingreso empeoramiento con aumento del trabajo respiratorio con tiraje subcostal moderado y polipnea. Se añade al tratamiento previo corticoide intravenoso y azitromicina oral. El tercer día de ingreso permite paso a SiPAP Infant Flow con interfase nasal, con presión media en la vía aérea en torno a 8 cmH2O, manteniendo este soporte respiratorio hasta el 7º día. Destete progresivo a CPAP y posteriormente a oxigenoterapia alto flujo y convencional sin incidencias. Se suspende corticoide el 9º día de ingreso.

Plan de cuidados enfermeros

DIAGNÓSTICOS:

00032 Patrón respiratorio ineficaz.

ISBN: 978-84-949197-6-3

NOC: Estado respiratorio: Ventilación 0403.

Indicadores: 040301 Frecuencia respiratoria.

040309 Utilización de músculos accesorios.

040311Retracción torácica.

NIC: Ayuda a la ventilación 3390.

Actividades: Mantener la vía permeable. Colocar al paciente de forma que alivie la disnea. Observar si hay fatiga muscular respiratoria. Iniciar y mantener suplemento de oxígeno según prescripción.

Manejo de la vía aérea 3140.

Actividades: Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible. Abordar la vía aérea oral o nasofaríngea si procede.

Monitorización respiratoria 3350.

Actividades: Vigilar FR, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. Anotar el movimiento torácico, mirando la simetría, utilizando músculos accesorios y retracciones de músculo intercostales y supraclaviculares.

Precaución para evitar aspiración 3200.

Actividades: Alimentación en pequeñas cantidades y frecuentes. En la toma de biberones estará incorporado lo máximo posible. Mantener elevado el cabecero de la cama 30º. Mantener la vía aérea libre de secrecciones antes de la toma de alimentación por lavados nasales. Vigilar accesos de tos y capacidad deglutoria.

00030 Deterioro del intercambio gaseoso.

NOC: ESTADO RESPIRATORIO: INTERCAMBIO GASEOSO 0402

Indicadores: 040206 Cianosis.

040211 Saturación de oxígeno.

040210 pH arterial.

NIC: Oxigenoterapia 3320.

Actividades: Eliminar secrecciones bucales, nasales y traqueales si procede. Mantener permeabilidad de la vía aérea. Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de sistema calefactado y humidificado. Vigilar el flujo de litros de oxígeno.

Manejo ácido base 1910

Actividades: Mantener acceso intravenoso permeable. Mantener vías aéreas despejadas. Controlar el patrón respiratorio disminuir el consumo de oxígeno según corresponda.

00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

NOC: Integridad tisular: piel y membranas mucosas 1101.

Indicadores: 110104 Hidratación.

110113 Integridad de la piel.

110115 Lesiones cutáneas.

NIC: Manejo de presiones 3500.

Actividades: Observar si hay zonas de enrojecimiento o solución de continuidad de la piel. Abstenerse de aplicar presión a la parte corporal afectada. Aplicar protectores en la zona nasal y pómulos (CPAP; gafas nasales).

Vigilancia de la piel 3590.

Actividades: Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y membranas mucosas. Vigilar el color y Tª de la piel. Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel. Observar si hay zonas de presión o fricción.

Cambio de posición 0840.

Actividades: Colocar en la posición terapéutica indicada. Colocar en posición para el alivio de la disnea. Proporcionar un apoyo adecuado para el cuello.

00115 Riesgo de conducta desorganizada del lactante.

NOC: Desarrollo infantil. 1 Mes. 0120.

Indicadores: 012002 Hace señales de incomodidad.

NIC: Mejorar el sueño 1850.

Actividades:Incluir el ciclo regular de sueño/vigilia del paciente en la planificación de cuidados. Agrupar las actividades para minimizar el número de despertares. Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día/noche normales.

Manejo ambiental 6480

Actividades: Crear un ambiente seguro para el paciente. Retirar del ambiente los objetos que sean peligrosos. Proporcionar un colchón firme. Disminuir los estímulos ambientales.

Discusión

Actualmente podemos considerar la VMNI como el estándar en el manejo y cuidado de los niños con bronquiolitis haciendo disminuir la estancia hospitalaria y la intubación orotraqueal.

Conclusión

La bronquiolitis es la enfermedad del tracto respiratorio más frecuente durante el primer año de vida, que ocurre de forma epidémica durante el invierno y principio de la primavera. El virus respiratorio sincitial es el agente etiológico más frecuente.

La VMNI ha cobrado gran importancia en el tratamiento de esta patología en los últimos años, permitiendo reducir los riesgos asociados a la intubación y a la ventilación mecánica invasiva (VMI).

ISBN: 978-84-949197-6-3

Bibliografía

1. García García ML, Korta Murua J, Callejón Callejón A. Bronquiolitis aguda viral. Asociación Española Pediatría. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en neumología pediátrica. 2017; 1:85-102.
2. Pérez Rodríguez MJ, Otheo de Tejada Barasoaín E, Ros Pérez P. Bronquiolitis en pediatría; puesta al día. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 2010 Mar.
3. Grupo de trabajo VMNI del HGUCR. Manual de Ventilación Mecánica no Invasiva. Diputación provincial de Ciudad Real, 2011.
4. Grupo de trabajo VMNI del HGUCR. Manual de Ventilación Mecánica no Invasiva. Casos clínicos y algorítmos de actuación. Diputación provincial de Ciudad Real, 2012.
5. NANDA Internacional Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación, 2015-2017 Madrid: Elsevier; 2016.

Capítulo 268

Vigorexia y tratamiento fisioterapico, enfoque multidisciplinar

Guzmán Pecino, Verónica

Fernández-Sarabia, Laura

Lozano Jiménez, Sandra

Palencia Guerrero, María Teresa

VIGOREXIA Y TRATAMIENTO FISIOTERAPICO, ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR.

Verónica Guzmán Pecino
Laura Fernández-Sarabia Pardo
Sandra Lozano Jiménez
María Teresa Palencia Guerrero

OBJETIVO:

El objetivo de este trabajo consiste en dar a conocer la importancia de la fisioterapia en el ámbito de la psiquiatría, en la actualidad se está comenzando a conocer su incipiente labor dentro de este campo reservado a los psiquiatras y a los enfermeros de salud mental.
La fisioterapia tiene un gran abanico de trabajo en los trastornos psiquiátricos dentro del equipo multidisciplinar y es necesario considerar al fisioterapeuta como figura en los equipos de trabajo.

INDICACIONES:

En España, se calcula que entre 10,500 Y 700,000 personas podrían presentar trastornos del tipo vigorexia o dismorfia, (ESTIMACIÓN BAILE,2005)
Las principales causas de este trastorno son biopsicosociales:
• Factor biológico: debido a un desequilibrio de neurotrasmisores.
• Factor Psicológico: suele darse en personas con carácter introvertido, con pocas habilidades sociales.
• Factor social: Debido a las razones estéticas, consecuencia de los estereotipos sociales.
es más frecuente en hombres de entre 18 a 35 años, aunque puede darse en ambos sexos.
El objetivo del tratamiento fisioterápico no solo se centra en los trastornos osteoraticulares y musculares que este tipo de pacientes presentan.



INTERVENCIÓN:

Varón de 18 años de edad, que acude a la consulta de atención primaria, acompañado de sus padres, desde hace 2-3 meses se muestra irascible y con cambios de humor bruscos y frecuentes, sin antecedentes psiquiátricos, durante ese periodo muestra una preocupación excesiva por su aspecto físico y se aprecia un considerable aumento de masa muscular, justificándolo con dieta y actividad física diaria de +4h/día se le realiza el Cuestionario "Complejo de Adonis"

GRADO DE PREOCUPACIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL
Preocupación leve (0 – 9 puntos)
Preocupación moderada (10 – 19 puntos)
Preocupación grave (20 a 29 puntos)
Preocupación posiblemente patológica (30 a 39 puntos)

Obteniendo un resultado de 32 puntos, se decide derivar a la unidad de salud metal, para seguimiento y control.

En la unidad de salud mental se le realiza una nueva valoración; exploración física observamos evidente musculatura hipertrófica, acné en el rostro, la espalda ; presión arterial 160/90 mmHg; talla 1,80 m, peso 78 kg, no atrofia testicular.

Se le realiza analítica: glucemia basal 68 mg/dl, GOT 70 U/l, GPT 60 U/l, colesterol 250 mg/dl y triglicéridos 220 mg/dl.

Confirma que realiza entrenos diarios de + de 4 horas, que ha afectado a su vida social, no lo percibe con una obsesión e incluso ha comenzado a tomar anabolizantes esteroideos desde hace 4 meses, sin obtener resultados satisfactorios.

Se aprecia personalidad narcisista con pensamientos obsesivos, distorsión de la imagen corporal con nula conciencia de enfermedad que provoca sentimientos negativos hacia su cuerpo. El cuadro se acompaña de signos de ansiedad y depresión. Se activa el protocolo de vigorexia y comienza el trabajo multidisciplinar formados por psiquiatras, enfermeros, nutricionistas, psicólogos y fisioterapeutas.

El tratamiento fisioterápico consistió en:

El tratamiento central se basa en la terapia de la conciencia corporal basal (BBAT), con el fin de mejorar la conciencia del movimiento y de uno mismo, ya que involucra al paciente para transferirlo al hogar, trabajo y hábitos diarios, ya que se trabaja la coordinación y la conciencia corporal a través de movimientos cotidianos.

Usamos la técnica de terapia psicomotora: es un tipo de ejercicio terapéutico orientado al cuerpo que basa en una visión holística del ser humano y se abre camino bajo la certeza de que mente y cuerpo no trabajan en dualidad, sino bajo una noción que integra lo cognitivo, emocional y físico y la capacidad de ser y actuar en un contexto psicosocial.

Terapia de relajación muscular, concretamente la técnica de Jacobson con el fin de reducir la ansiedad.

Y por último el biofeedback: es una técnica que se utiliza para aprender a controlar las funciones del cuerpo.

No se olvida de realizar una valoración del tono muscular, los posibles desgarros y roturas musculares y comprobar la estabilidad de las grandes articulaciones, ya que la sobrecarga de peso en el gimnasio repercute negativamente en los huesos, tendones, músculos y las articulaciones, sobre todo de los miembros inferiores, con desgarros y esguinces.

CONCLUSIÓN:

Tras la valoración por el equipo multidisciplinar y tras la recomendación de ingreso para su tratamiento, se observó una mejoría significativa tras varios meses de tratamiento continuado, en cuanto al tratamiento fisioterápico se notó una mejora importante de la conciencia corporal del paciente, disminución de la ansiedad y mejoría del autocontrol y relajación.

Tras este resultado tan positivo, se recomienda la progresiva incorporación del fisioterapeuta en las unidades de salud mental

Resumen: *El objetivo de este trabajo consiste en dar a conocer la importancia de la fisioterapia en el ámbito de la psiquiatría.*

La vigorexia o dismorfia muscular es una alteración de la imagen corporal por la que el paciente presenta una preocupación excesiva hacia su cuerpo.

El tratamiento fisioterápico consistió en: Terapia de la conciencia corporal basal (BBAT), la técnica de terapia psicomotora, terapia de relajación muscular y por último el biofeedback.

Tras varios meses de tratamiento continuado se notó una mejora importante de la conciencia corporal del paciente, disminución de la ansiedad y mejoría del autocontrol y relajación.

Palabras Clave: *Vigorexia; fisioterapia; salud mental.*

Objetivo

El objetivo de este trabajo consiste en dar a conocer la importancia de la fisioterapia en el ámbito de la psiquiatría, en la actualidad se está comenzando a conocer su incipiente labor dentro de este campo reservado a los psiquiatras y a los enfermeros de salud mental.

La fisioterapia tiene un gran abanico de trabajo en los trastornos psiquiátricos dentro del equipo multidisciplinar y siendo necesario incluir a la fisioterapia en los planes de trabajo.

Metodología

Los trastornos más frecuentes y conocidos de la conducta alimentaria son la anorexia nerviosa y la bulimia, pero en los últimos años la preocupación por los estereotipos de belleza y no tener demasiado % de materia grasa ha dado lugar a este nuevo trastorno conocido como vigorexia, dismorfia muscular o anorexia inversa.

La vigorexia es un trastorno emergente descrita por H. Pope en 1993 que carece de criterios diagnósticos consensuados al ser de aparición reciente, La vigorexia o dismorfia muscular es una alteración de la imagen corporal por la que el paciente presenta una preocupación excesiva hacia su cuerpo. y una distorsión del esquema corporal, por el cual el paciente se ve pequeño y débil, cuando realmente es grande y musculoso.; es más frecuente en hombres de entre 18 a 35 años, aunque puede darse en ambos sexos

Indicaciones

En España, se calcula que entre 10,500 mínimo. Y 700,000 máximo personas podrían presentar trastornos del tipo vigorexia o dismorfia, (ESTIMACIÓN BAILE,2005)

Las principales causas de este trastorno son biopsicosociales

- Factor biológico: debido a un desequilibrio de neurotransmisores (serotonina).
- Factor Psicológico: suele darse en personas con carácter introvertido, con pocas habilidades sociales, que se sienten inseguros con su aspecto, tienen una baja autoestima, sufren ansiedad, depresión y trastornos obsesivo-compulsivos.

ISBN: 978-84-949197-6-3

- Debido a las razones estéticas, consecuencia de los estereotipos que son difundidos desde la infancia, por medio de la publicidad y el cine, implantando un canon de belleza asociado al éxito y la necesidad de sobresalir. Esto afecta a esas personas que, preocupadas por el aspecto físico y el culto al cuerpo, persiguen un modelo de varón fuerte y atlético como prototipo de salud y éxito social y se sienten frustradas porque consideran que su complexión no se ajusta a este modelo, se relaciona con factores socioculturales (presión de medios de comunicación sobre el aspecto físico), personalidad de tipo obsesivo con tendencias adictivas, baja autoestima. Las manifestaciones clínicas más importantes son: excesiva preocupación por la imagen corporal, con pensamientos obsesivos, distorsión de la imagen corporal con nula conciencia de enfermedad que produce insatisfacción corporal, sentimientos negativos hacia su cuerpo que provocan ansiedad y depresión, conductas evitativas por mostrar su cuerpo, necesidad compulsiva de realizar ejercicio ó controlar la dieta, restricción de la vida sociolaboral por el tiempo dedicado al cuidado del cuerpo.

Intervencion

Varón de 18 años, que acude a la consulta de atención primaria presionado por sus padres, porque desde hace 2-3 meses se muestra irascible y con cambios de humor bruscos y frecuentes. el trato con familiares se muestra muy irascible y ansioso. Sin antecedentes psiquiátricos. Observamos en el paciente un evidente aumento de la masa muscular con respecto a meses previos. Preguntamos por dicho cambio y nos cuenta que desde hace aproximadamente 6 meses controla su dieta y acude al gimnasio regularmente.

Se le realiza el cuestionario “Complejo de Adonis”. Obteniendo un resultado de 32 puntos, se decide derivar a la unidad de salud metal, para seguimiento y control.

En la unidad de salud mental se le realiza una nueva valoración exploración física observamos evidente musculatura hipertrófica, acné en el rostro, la espalda; presión arterial 160/90 mmHg; talla 1,80 metros, peso 78 kg, no atrofia testicular.

Presenta una personalidad narcisista con pensamientos obsesivos, distorsión de la imagen corporal con nula conciencia de enfermedad que provoca sentimientos negativos hacia su cuerpo. El cuadro se acompaña de signos de ansiedad y depresión.

El tratamiento fisioterápico consistió en:

El tratamiento central se basa en la terapia de la conciencia corporal basal (BBAT), con el fin de mejorar la conciencia del movimiento y de uno mismo, ya que involucra al paciente para transferirlo al hogar, trabajo y hábitos diarios, ya que se trabaja la coordinación y la conciencia corporal a través de movimientos cotidianos.

Usamos la técnica de terapia psicomotora: es un tipo de ejercicio terapéutico orientado al cuerpo que basa en una visión holística del ser humano y se abre camino bajo la certeza de que mente y cuerpo no trabajan en dualidad, sino bajo una noción que integra lo cognitivo, emocional y físico y la capacidad de ser y actuar en un contexto psicosocial.

Terapia de relajación muscular, concretamente la técnica de Jacobson con el fin de reducir la ansiedad.

Y por último el biofeedback: es una técnica que se utiliza para aprender a controlar las funciones del cuerpo.

No se olvida de realizar una valoración del tono muscular, los posibles desgarros y roturas musculares y comprobar la estabilidad de las grandes articulaciones.

Tras la valoración por el equipo multidisciplinar el ingreso para su tratamiento, se observó una mejoría significativa, tras varios meses de tratamiento continuado, en cuanto al tratamiento fisioterápico se notó una mejora importante de la conciencia corporal del paciente, disminución de la ansiedad y mejoría del autocontrol y relajación.

Tras este resultado tan positivo, se recomienda la progresiva incorporación del fisioterapeuta en las unidades de salud mental.

Bibliografía

1. Castro R, Zagalaz L, Molero D. Diferencias de personalidad, autoconcepto, ansiedad y trastorno de alimentación de deportistas de musculación. Patrones de musculación, Patrones psicológicos asociados a la vigorexia].Facultad de humanidades y ciencias de la educación. Departamento de la expresión musical, plástica y corporal. Universidad de Jaén, 2013.2.
2. Pope HG Jr, Katz DL, Hudson JI. Anorexia nervosa and «reverse anorexia» among 108 male bodybuilders. Compr Psychiatry. 1993;34(6): 406-9.
3. Frare F, Perugi G, Ruffolo G, Toni C. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: A comparison of clinical features. European Psychiatry 2004; 19:292-298.13.
4. Organización Mundial de la Salud. CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento. Meditor. Madrid. 1992.22.

Capítulo 269

Violencia de género

García Valenciano, Agustín

González Serrano, Juan Antonio

De Aguilar González, María José

VIOLENCIA DE GÉNERO

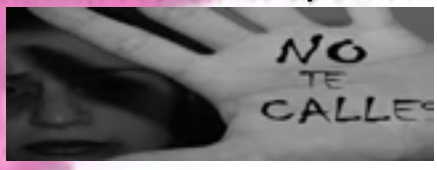
INTRODUCCIÓN:

En la Declaración de las Naciones Unidas sobre la eliminación de la Violencia contra la mujer (A/RES/48/104) se define la violencia ´contra la mujer como " todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada".

La Violencia es una forma de desigualdad de género, siendo problemas de salud pública y de derechos humanos que afecta a gran número de mujeres de todo el mundo. Es un abuso que puede adoptar multitud de formas como (mutilación genital femenina, tráfico sexual y la violación, violencia íntima en la pareja física y sexual, matrimonio infantil forzado.

OBJETIVOS:

1. Analizar las variables de años anteriores en la literatura, centrándose en el tipo de violencia.
2. Analizar las consecuencias sufridas para la salud de la mujer.



METODOLOGÍA:

Palabras claves: Violencia doméstica. Violencia de género. Maltrato.

Se realiza revisión sistemática de la literatura entre el periodo comprendido 2014/2018 en diferentes bases de datos del área de ciencias de la salud (Pubmed, Lilacs, Cinahl) como criterio de inclusión de los estudios: disponibles gratuitamente en texto completo, que esté escrito en unos de los idiomas seleccionados, inglés, español.

RESULTADOS:

En diferentes estudios se mostraron que todas las mujeres habían sido víctimas de violencia al menos una vez en diferentes escalas.

Principales formas de violencia identificadas y mostradas:

- Física, sexual y psicológica, 38 artículos. (27%).
- Físicos y psicológicos. 21 artículos (15%).
- Físicos en 18 manuscritos (13%).



El historial familiar de violencia, el consumo de alcohol por parte del cónyuge, el desempleo, la pobreza, el bajo nivel socioeconómico de la víctima y la falta de apoyo social para las mujeres y dependencia emocional del delincuente.

Violencia de pareja durante el embarazo y trastornos mentales en mujeres en el ciclo embarazo-puerperal.

- Depresión pre y postparto (41%). Ansiedad por embarazo (22%).
- Trastorno de estrés postraumático por embarazo

CONCLUSIÓN:

Son necesarias políticas y programaciones efectivas de prevención. Se requieren muchas acciones que involucren, la salud, la educación, la seguridad pública, el trabajo social, el poder judicial, así como a las organizaciones no gubernamentales.

BIBLIOGRAFÍA:

BryantRA,SchaferA,DawsonKS,AnjuriD,MuliliC,NdogoniL,etal.Effectivenessofabriefbehaviouralinterventiononpsychological distressamnongwomenwithahistoryofgender-basedviolenceinurbanKenya:Arandomisedclinicaltrial.PLoSmed.2017Aug;14(8):e1002371.

MichauL,HornJ,BankA,DuttM,ZimmermanC.Preventionofviolenceagainstwomenandgirls:lessonsfrompractice.Lancet.2015Apr25;385(9978):1672-84

Resumen: *La violencia es una forma de desigualdad de género, siendo problemas de salud pública y de derechos humanos que afecta a gran número de mujeres de todo el mundo.*

En la declaración de las Naciones Unidas sobre la eliminicación de la violencia contra la mujer (A/RES/48/104) se define como: «Todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada».

Palabras Clave: *Domestic violence; gender-based violence; spouse abuse.*

Objetivos

1. Analizar las variables de años anteriores en la literatura, centrándose en el tipo de violencia.
2. Analizar las consecuencias sufridas para la salud de la mujer.

Material y métodos

Se realiza una revisión sistemática de la literatura entre el periodo comprendido 2014/2018 en diferentes bases de datos del área de ciencias de la salud (Pubmed, Lilacs, Cinahl) como criterio de inclusión de los estudios: disponibles gratuitamente en texto completo, que esté escrito en unos de los idiomas seleccionados, inglés, español.

Resultados

En diferentes estudios de mostraron que todas las mujeres habían sido víctimas de violencia al menos una vez en diferentes escalas.

Principales formas de violencia identificadas y mostradas:

- Física, sexual y psicológica, 38 artículos. (27 %).
- Físicos y psicológicos. 21 artículos. (15 %).
- Físicos en 18 manuscritos. (13 %).

El historial familiar de violencia, el consumo de alcohol por parte del cónyuge, el desempleo, la pobreza, el bajo nivel socioeconómico de la víctima y la falta de apoyo social para las mujeres y dependencia emocional del delincuente.

Violencia de pareja durante el embarazo y trastornos mentales en mujeres en el ciclo embarazo-puerperal.

Depresión pre y postparto (41%). Ansiedad por embarazo (22%).

Trastorno de estrés postraumático por embarazo.

ISBN: 978-84-949197-6-3

Conclusión

Tras el análisis de todos éstos artículos se llega a la conclusión de que son necesarias polícitas y programaciones efectivas de prevención. Se requieren muchas acciones que involucren, la salud, la educación, la seguridad pública, el trabajo social, el poder judicial, así como a las organizaciones no gubernamentales.

Bibliografía

1. BryantRA,SchaferA,DawsonKS,AnjuriD,MuliliC,NdogoniL,etal.Effectivenessofabriefbehaviouralinterventiononpsychologicaldistressamnongwomenwithahistoryofgender-basedviolenceinurbanKenya:Arandomisedclinicaltrial.PLoSmed.2017Aug;14(8):e1002371.

2. MichauL,HornoJ,BanKA,DuttM,ZimmermanC.Preventionofviolenceagainstwomenandgirls:lessonsfrompractice.Lancet.2015Apr25;385(9978):1672-84.

Capítulo 270

VPH y cáncer de cérvix. Prevención primaria y secundaria en enfermería

Cabañas Molero, Ana María

Pérez Torija, María Ángela

Medina Armenteros, María del Mar

VPH Y CÁNCER DE CÉRVIX.
PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA EN ENFERMERÍA

Ana María Cabañas Molero
María Ángela Pérez Torija
María Del Mar Medina Armenteros

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello de útero o de cérvix es el segundo tipo de cáncer más común en mujeres en el mundo, siendo su principal causa la infección persistente por el virus del papiloma humano (VPH), infección de transmisión sexual (ITS) que afecta a ambos sexos. Este virus produce abrasiones de las células escamosas del epitelio del tracto genital (vagina, vulva, cuello uterino, pene y ano), así como del epitelio oral y nasal. Hay muchos tipos diferentes de virus, son los de alto riesgo oncogénico la principal causa del cáncer de cuello de útero y de sus lesiones precursoras. La prevención primaria, como en cualquier otra ITS, como la prevención secundaria con la detección temprana de la enfermedad a través de cribado con citología es crucial para disminuir la morbimortalidad.

OBJETIVOS

- Realizar una revisión bibliográfica del cáncer de cérvix y su prevención.
- Reducir la morbimortalidad de la enfermedad a través de estrategias de prevención primaria y secundaria.
- Prevenir el cáncer de cérvix y otras lesiones asociadas al VPH a través de la vacunación de las adolescentes.
- Realizar un diagnóstico precoz a través de citologías en los centros de salud.

MATERIAL Y MÉTODO

Metodología: se realizó una revisión bibliográfica con los descriptores de salud: atención *primaria/neoplasia de cuello uterino/biología celular/prevención Primaria/prevención secundaria/enfermería*, usando el operador boleano "*AND* ".
Bases de datos usadas: Scielo, Cuiden, recursos en línea de Google académico, documentos oficiales de servicios de salud.
De 73 artículos se seleccionaron 7 por cumplir los objetivos.
Por último se realizó lectura crítica y síntesis de las fuentes de información seleccionadas.

PREVENCIÓN PRIMARIA:

- *Información y educación para la salud en centros educativos de secundaria*: causa de la enfermedad, transmisión y control. Inclusive hombres ya que son con frecuencia el reservorio y principal fuente de contagio.
- *Educación sexual*: métodos de barrera (preservativo femenino o masculino).
- *Vacunación*: antes del inicio de las relaciones sexuales. En la actualidad hay dos vacunas para el VPH:

CERVARIX®: vacuna recombinante no infecciosa preparada a partir de la proteína principal de la cápside L1 en forma de partículas similares al virus (VLPs), altamente purificadas de los tipos oncogénicos 16 y 18 del VPH.

GARDASIL®: vacuna tetravalente recombinante no infecciosa preparada a partir de partículas similares al virus (VLPs) altamente purificadas de la proteína L1 de la cápside mayor de los tipos 6,11,16 y 18 del VPH. Las VLPs no contiene ADN viral, por lo que no pueden infectar células, reproducirse, ni causar enfermedad. Previene: displasia cervical de alto grado, carcinoma cervical, lesiones displásicas vulvares de alto grado y verrugas genitales externas.

PREVENCIÓN SECUNDIARIA:

Detección temprana de la enfermedad para revenir su diseminación, permitiendo el manejo de lesiones de alto grado y así intentar prevenir su potencial progresión a cáncer cervical, se usa la **citología cervical o test de Papanicolau.** El procedimiento es el siguiente:

1º La mujer deberá desvestirse de cintura para abajo y colocarse en posición ginecológica, en un sillón/camilla adecuada al efecto.
2º Se introducirá un espéculo y se tomarán muestras de células del cuello uterino mediante un suave raspado.
3º La muestra será puesta en una lámina de cristal para ser analizada en un laboratorio.

Recomendaciones antes de la recogida: no tener relaciones sexuales 48h antes de la toma, haber finalizado la menstruación, no usar desodorantes vaginales, evitar duchas vaginales, orinar antes de realizar la prueba, encontrarse ausente de enfermedad inflamatoria / infección vaginal aguda.

PAUTA VACUNACIÓN ACTUAL:

En Castilla la Mancha se administra vacuna sólo a niñas de 12 años.

La máxima efectividad de la vacuna es antes del comienzo de la actividad sexual, antes de los 14 años, siendo la edad idónea entre los 11 y 12 años.

En un futuro se administrará GARDASIL 9®, una vacuna mejorada que incluye los serotipos: 6,11,16,18,31,33,45,52 y 58.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

- ✓ El cáncer de cérvix tiene como causa principal la infección persistente por VPH, siendo la prevención primaria clave en su transmisión y control.
- ✓ La vacuna es clave para disminuir la morbimortalidad de la enfermedad y disminuirá el coste socioeconómico asociado a la enfermedad y las lesiones.
- ✓ En atención primaria, la realización de citologías ha reducido la incidencia del cáncer de cérvix.

Resumen: *Con esta revisión bibliográfica del cáncer de cérvix y su prevención se pretende reducir la morbimortalidad de la enfermedad a través de estrategias de prevención primaria y secundaria, prevenir el cáncer de cérvix y otras lesiones asociadas al VPH a través de la vacunación de las adolescentes y realizar un diagnóstico precoz a través de citologías en los centros de salud.*

Palabras Clave: *Neoplasia cuello uterino; prevención primaria; prevención secundaria.*

Introducción

El cáncer de cuello de útero o de cérvix es el segundo tipo de cáncer más común en mujeres en el mundo, siendo su principal causa la infección persistente por el virus del papiloma humano (VPH), infección de transmisión sexual (ITS) que afecta a ambos sexos. Este virus produce abrasiones de las células escamosas del epitelio del tracto genital (vagina, vulva, cuello uterino, pene y ano), así como del epitelio oral y nasal. Hay muchos tipos diferentes de virus, son los de alto riesgo oncogénico la principal causa del cáncer de cuello de útero y de sus lesiones precursoras.

Objetivos

La prevención primaria, como en cualquier otra ITS, como la prevención secundaria con la detección temprana de la enfermedad a través de cribado con citología es crucial para disminuir la morbimortalidad.

En la prevención primaria se informa y educa para la salud en centros educativos de secundaria: causa de la enfermedad, transmisión y control. Inclusive hombres ya que son con frecuencia el reservorio y principal fuente de contagio. También se lleva a cabo la educación sexual: métodos de barrera (preservativo femenino o masculino). Y muy importante son los encargados de la vacunación.

Material y métodos

En la actualidad hay dos vacunas para el VPH:

- CERVARIX®: Vacuna recombinante no infecciosa preparada a partir de la proteína principal de la cápside L1 en forma de partículas similares al virus (VLPs), altamente purificadas de los tipos oncogénicos 16 y 18 del VPH.
- GARDASIL®: Vacuna tetravalente recombinante no infecciosa preparada a partir de partículas similares al virus (VLPs) altamente purificadas de la proteína L1 de la cápside mayor de los tipos 6,11,16 y 18 del VPH. Las VLPs no contiene ADN viral, por lo que no pueden infectar células, reproducirse, ni causar enfermedad. Previene: displasia cervical de alto grado, carcinoma cervical, lesiones displásicas vulvares de alto grado y verrugas genitales externas.

La prevención secundaria lleva a cabo la detección temprana de la enfermedad para revenir su diseminación, permitiendo el manejo de lesiones de alto grado y así intentar prevenir su potencial progresión a cáncer cervical, se usa la citología cervical o test de Papanicolau. El procedimiento es el siguiente:

1. La mujer deberá desvestirse de cintura para abajo y colocarse en posición ginecológica, en un sillón/camilla adecuada al efecto.

ISBN: 978-84-949197-6-3

2. Se introducirá un espéculo y se tomarán muestras de células del cuello uterino mediante un suave raspado.

3. La muestra será puesta en una lámina de cristal para ser analizada en un laboratorio.

Las recomendaciones antes de la recogida son: No tener relaciones sexuales 48h antes de la toma, haber finalizado la menstruación, no usar desodorantes vaginales, evitar duchas vaginales, orinar antes de realizar la prueba, encontrarse ausente de enfermedad inflamatoria /infección vaginal aguda.

Resultados

La pauta de vacunación actual en Castilla la Mancha es la siguiente:

- Se administra vacuna sólo a niñas de 12 años.
- La máxima efectividad de la vacuna es antes del comienzo de la actividad sexual, antes de los 14 años, siendo la edad idónea entre los 11 y 12 años.

En un futuro se administrará GARDASIL 9®, una vacuna mejorada que incluye los serotipos: 6,11,16,18,31,33,45,52 y 58.

Conclusión

- El cáncer de cérvix tiene como causa principal la infección persistente por VPH, siendo la prevención primaria clave en su transmisión y control.
- La vacuna es clave para disminuir la morbimortalidad de la enfermedad y disminuirá el coste socioeconómico asociado a la enfermedad y las lesiones.
- En atención primaria, la realización de citologías ha reducido la incidencia del cáncer de cérvix.
- En todo ello juega un papel importante enfermería, destacando que se trata de una infección que se puede prevenir y así disminuir la morbimotrtalidad del cáncer de cérvix.

Bibliografía

1. Fernández Raigada R.I. Prevención del cáncer de cérvix: una aproximación desde Atención Primaria. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2016 Noviembre; 4 (4):6-17.

2. Marzo Castillejo M, Bellas Beceiro B, Vela Vallespin C, Nuin Villanueva M, Bartolomé Moreno C, Villarrubi Estrella M et al. Recomendaciones de prevención del cáncer. Aten Primaria [Internet] 2014; 46 (4):24-41.

3. Organización Mundial de la Salud. Papilomavirus humanos (PHV) y cáncer cervicouterino. Ginebra: OMS; 2015. Nota descriptiva: 380.

4. Lepe J.A, Sánchez M., Torronteras R. Estudio del virus del papiloma humano en los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sistema de vigilancia epidemiológica de Andalucía. Informe semanal 06/07/2007; 12 (27).

Capítulo 271

Prescripción de ejercicio físico en pacientes con infarto agudo de miocardio

Jiménez García-Mancha, Francisco Javier

Prescripción de ejercicio físico en pacientes con infarto agudo de miocardio

Francisco Javier Jiménez García-Manchón

INTRODUCCIÓN

La falta de actividad Física es uno de los problemas fundamentales en la sociedad actual y ello repercute de manera significativa en la salud de la población. Está demostrado que en torno a un 30% de las enfermedades de tipo cardíaco en todo el mundo son debidas a una falta de regularidad de actividad Física. Como profesionales sanitarios debemos intentar mejorar los estilos de vida de los individuos sobre todo en la parcela de la prevención, pero también en la rehabilitación. La prescripción de ejercicio físico es un proceso sistemático en el cual el/la enfermero/a va a pautar de manera individualizada la realización de ejercicio físico.

OBJETIVO

- Verificar si la puesta en marcha de un **programa de actividad física en pacientes con IAM** se **condiciona** de manera positiva su recuperación.
- Comprobar si este programa obtiene mejores resultados de manera domiciliaria o hospitalaria.



Nivel de Actividad Física	Minutos de actividad moderada/semana	Beneficios para la salud
Inactivo	Ninguna actividad más allá de las cotidianas	Ninguno
Bajo	Actividad superior al anterior hasta 150 min/semana	Algunos
Medio	150-300 min/semana	Sustancial
Alto	+300 min/semana	Adicional

MÉTODOS

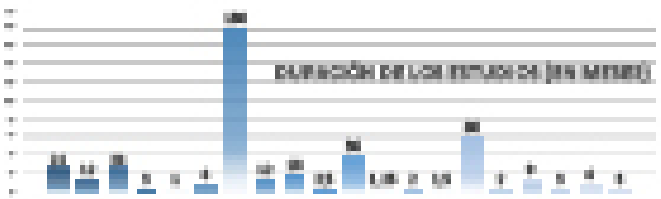
Se trata de una **revisión sistemática** consistente en la **revisión** de artículos científicos que prueben o no la eficacia de un programa de actividad física en rehabilitación cardíaca.

Bases de datos:

- **Pubmed.**
- **BVS (Biblioteca Virtual en Salud).**

Entre los criterios de inclusión encontramos:
+Artículos publicados en los últimos 10 años.
+Realizados en Inglés o Castellano.
+Ensayos clínicos.
+Meta-análisis.





RESULTADOS

Se analizaron un total de 20 artículos con una población de 11.261 pacientes. Cada estudio se basa en unas variables diferentes para cuantificar el grado de beneficio que supone un programa rehabilitador post IAM.

Tras el análisis exhaustivo de dichos artículos se llega a las siguientes conclusiones:

La inclusión en un programa de rehabilitación cardíaca post IAM basado en el ejercicio físico va a mejorar la FC, PA, disminución de la capa lipídica endotelial, disminución del tiempo de recuperación, aumento de la capacidad funcional etc. Es decir, va a provocar una disminución de la morbimortalidad.

Estos resultados se obtienen si la aplicación al programa es completa, en un plazo medio de tiempo (en torno a 8 semanas), el resultado no es totalmente favorable. Esto quiere decir que los beneficios no se van a empezar a apreciar hasta pasadas unas semanas.

Con un programa de rehabilitación domiciliaria se van a obtener unos resultados más beneficiosos que en programas hospitalarios. Pero este programa domiciliario debe ser supervisado periódicamente por profesionales sanitarios puesto que de esta supervisión depende la adhesión al mismo.

La intervención en un programa de rehabilitación post IAM basado en el ejercicio debe ser de manera temprana.

Parece que el ejercicio aeróbico tiene mayores beneficios que cualquier otro tipo de actividad física, mejor capacidad física, aumento de la vascularización periférica, aumento de la VO2max etc. La complejidad en cuanto al tipo de actividad física aplicada en el programa debe aumentar de manera progresiva. Aquí cobra una importancia considerable la/el enfermero/a, puesto que de la supervisión por parte de ésta/e se va a ir adecuando el programa a cada paciente.

CONCLUSIONES

Previa implantación del programa hay que valorar la capacidad física del paciente utilizando distintos test o pruebas como ergometría, test de la marcha de los 6 minutos, consideramos IMAO etc.

La individualidad a la hora de prescribir cualquier actividad física.

Estos programas deben estar basados en el ejercicio de tipo aeróbico y el entorno recomendable es el domiciliario.

El profesional enfermero es el encargado de la puesta en práctica de este tipo de programas, debe de realizar una serie de revisiones de manera periódica para valorar la progresión.

Resumen: *La prescripción de ejercicio físico por parte del profesional sanitario es el proceso mediante el cual este pauta una serie de actividades físicas al paciente con el objetivo de mejorar su salud pero, ¿Realmente el ejercicio físico va a mejorar la salud en un paciente después de un infarto agudo de miocardio?*

Se comprobó que efectivamente un programa de rehabilitación cardiaca basado en la actividad física provoca beneficios significativos sobre la salud de estos. Se debe enfocar en un entrenamiento aeróbico, además si dicho programa se lleva a cabo en un entorno domiciliario y supervisado va a obtener mejores resultados.

Palabras Clave: *Exercise myocardial, infarction cardiac, rehabilitation.*

Introducción

La falta de actividad física (AF) es uno de los problemas fundamentales en la sociedad actual y ello repercute de manera significativa en la salud de la población. Ha aumentado la incidencia de enfermedades no trasmisibles (ENT): cáncer, diabetes, enfermedades cardiovasculares, etc.

Está demostrado que en torno a un 30% de las enfermedades de tipo cardiaco en todo el mundo son debidas a una falta de regularidad de actividad física. De cada diez fallecimientos seis están debidos a ENT. Es por ello que el ejercicio físico (EF) es un componente fundamental para que la salud prevalezca en el individuo no ya solo contribuyendo a este bienestar físico, sino también a nivel psicológico y social.

La prescripción de EF es un proceso sistemático en el cual la/el enfermera/o va a pautar de manera individualizada la realización de ejercicio físico.

Antes de pautar cualquier tipo de EF es necesario conocer la condición física del paciente, para ello nos vamos a ayudar de cuestionarios subjetivos como el IPAQ y de pruebas objetivas como la ergometría o el test de la marcha de los seis minutos.

Como profesionales sanitarios debemos intentar cambiar los estilos de vida de los individuos sobre todo en la parcela de la prevención, pero también en la rehabilitación.

Objetivos

- Verificar si la puesta en marcha de un programa de AF en pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) va a condicionar de manera positiva su recuperación.
- Conocer que tipo de EF es el más adecuado.
- Comprobar si este programa obtiene mejores resultados de manera domiciliaria u hospitalaria.

Material y métodos

Se trata de una revisión sistemática consistente en la elección de artículos científicos con los que comprobar la eficacia o no de un programa de rehabilitación cardiaca basado en EF en pacientes cardiópatas y generalmente post IAM.

Para la búsqueda se utilizaron las siguientes bases de datos: Pubmed, BVS (Biblioteca Virtual en Salud), IBECS, LILACS y MEDLINE

ISBN: 978-84-949197-6-3

La realización de la búsqueda se llevó a cabo desde finales de 2017 hasta mayo de 2018.

En el proceso de búsqueda se utilizaron los siguientes términos científicos con el fin de obtener unos resultados lo más concretos posibles: “exercise”, “cardiac rehabilitation”, “heart diseases”, “coronary heart disease” y “myocardial infarction”.

Entre los criterios de inclusión encontramos:

- Artículos publicados en los últimos 10 años.
- Estudios realizados en humanos.
- Artículos realizados en Inglés o Castellano.
- Artículos que se correspondan con los objetivos marcados.
- Ensayos clínicos.
- Meta-análisis

Resultados

Se analizaron un total de 20 artículos con una población de 11.231 personas, de las cuales 6.602 son hombres y 4.629 mujeres. Los estudios tienen una duración de entre cuatro semanas hasta quince años.

Cada estudio se basa en unas variables diferentes para cuantificar el grado de beneficio que causa un programa rehabilitador post IAM.

De los veinte artículos solamente uno considera que un plan rehabilitador basado en EF no consigue beneficios cuantificables, al menos en un tiempo inferior a ocho semanas.

Con el análisis del resto de estudios existen pruebas científicas suficientes como para comprobar los efectos positivos que acarrea la inclusión en un programa de AF:

La inclusión en un programa de rehabilitación cardiaca post IAM basado en EF va a mejorar la FC, TA, disminución de la capa lipídica endotelial, disminución del tiempo de recuperación, aumento de la capacidad funcional, disminución de la probabilidad de recidiva, etc. Es decir, va a provocar una disminución de la morbimortalidad.

Estos resultados se obtienen si la adhesión al programa es completa en un plazo medio de tiempo, el resultado no es totalmente inmediato. Esto quiere decir que los beneficios no se van a empezar a apreciar hasta pasadas unas semanas.

Con un programa de rehabilitación domiciliario se van a obtener unos resultados más beneficiosos que en programas hospitalarios pero este programa domiciliario debe ser supervisado periódicamente por profesionales sanitarios puesto que de esta supervisión depende la adhesión al mismo. La instauración de estos programas ha de ser de manera temprana.

Parece que el ejercicio aeróbico tiene mayores beneficios que cualquier otro tipo de AF: mejor capacidad física, aumento de la contractibilidad ventricular, aumento de la VO2max etc. La complejidad en cuanto al tipo de AF aplicada en el programa debe aumentar de manera progresiva, aquí cobra una importancia considerable la/el enfermera/o puesto que de la supervisión por parte de esta/e se va a ir adecuando el programa a cada paciente.

Conclusiones

- Previa implantación del programa hay que valorar la capacidad física del paciente utilizando distintos test o pruebas como ergometría, test de la marcha de los 6 minutos, cuestionario IPAQ, PAR-Q.
- Estos programas deben estar basados en el ejercicio de tipo aeróbico y el entorno recomendable es el domiciliario.
- Individualidad a la hora de prescribir cualquier AF.
- El profesional enfermero tiene gran peso en la puesta en práctica de este tipo de programas, pues ha de realizar una serie de revisiones de manera periódica para valorar la progresión.
- Por lo tanto se puede decir que hay una correlación positiva entre EF y mejoría en la rehabilitación cardiaca.

Bibliografía

1. World Health Organization. Recomendaciones Mundiales sobre Actividad Física para la Salud. Ginebra,Suiza. 2010;1–58.
2. U.S. Department of Health and Human Services. 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scienti_c Report. Washington, 2018.
3. Abellan Alemán J, Sainz de Baranda Andújar P, Ortin Ortin EJ. Guía para la prescripción de ejercicio físico en pacientes con riesgo cardiovascular. SEHLELHA (Sociedad Española de hipertensión), 2014.
4. Fang J, Ayala C, Luncheon C, Ritchey M, Loustalot F. Use of Outpatient Cardiac Rehabilitation Among Heart Attack Survivors — 20 States and the District of Columbia, 2013 and Four States, 2015.
5. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. European Heart Journal. 2016;37(29):2315–81

ISBN: 978-84-949197-6-3