SATSE

INVESTIGAR PARA AVANZAR: XIV CONGRESO DE INVESTIGACIÓN ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA



INVESTIGAR PARA AVANZAR
XIV CONGRESO DE INVESTIGACIÓN ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA



SATSE Ciudad Real
2024

Investigar para avanzar: XIV Congreso de Investigación Enfermería y Fisioterapia

Coordinadoras:
Oropesa Fernández, Sara
Galán Zamora, Aránzazu
Espinosa Muñoz, Estrella

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

2º edición Mayo 2024

ISBN: 978-84-127047-5-4
D.L. CR 499-2024
@Todos los derechos reservados.

Índice

Capítulo 1
¿Cómo repercute el síndrome de burnout en la calidad del sueño en enfermería? 14
Capítulo 2
¿Hierro Intravenoso o Hierro Via Oral?diferencias en la efectividad y uso en pacientes con anemia Ferropénica... 19
Capítulo 3
¿Qué le Ocurre a esta Piel? La Psoriasis, esa enfermedad rebelde..... 24
Capítulo 4
¿Tod@s sentimos igual?. 29
Capítulo 5
"Uso de sutura de grapas vs sutura de hilo en servicios de urgencias"..... 34
Capítulo 6
A propósito de un Caso: Carcinoma queratinizante de Células escamosas..... 39
Capítulo 7
A propósito de un Caso: El Infarto que no era infarto..... 44
Capítulo 8
Abordaje de enfermería del paciente psiquiátrico: A propósito de un caso..... 50
Capítulo 9
Aceites esenciales, Efectivos o no efectivos como Antifúngicos..... 55
Capítulo 10
Actuación de enfermería en la detección y tratamiento precoz del shock séptico; A propósito de un caso..... 59
Capítulo 11
Actualización del tratamiento farmacológico y no farmacológico de la preeclampsia y el papel de enfermería.. 64
Capítulo 12
Adicción al azúcar: El Ciclo Perpetuo..... 69
Capítulo 13
Administración de surfactante pulmonar porcino en prematuros con síndr me ded ficultad respiratoria neonatal mediante el método LISA. Cuidados de Enfermería..... 73
Capítulo 14
Afrontamiento personal y familiar de la cirugía bariátrica. Un relato cruzado..... 78
Capítulo 15
Análisis del Riesgo cardiovascular en la Mujer...... 82
Capítulo 16
Angustia antes de Intervención Quirúrgica y Consecuencias Posteriores..... 87
Capítulo 17
Aplicación de la Oxigenoterapia de Alto Flujo en Pediatría..... 91
Capítulo 18
Aplicación de Terapia VAC en una Fístula Enteroatmosférica: A propósito de un caso clínico..... 96

Capítulo 19
Aprendiendo sobre el triaje.....101
Capítulo 20
Asociación entre el consumo de frutos ricos en antocianinas y su influencia en la función cognitiva.....106
Capítulo 21
Asociación entre el uso de pantallas y el desarrollo del trastorno del espectro autista en niños en edad preescolar...110
Capítulo 22
Aspectos básicos del síndrome de brugada.....115
Capítulo 23
Atención extrahospitalaria del paciente con quemaduras: a propósito de un caso.....120
Capítulo 24
Autismo y ceguera. Enfoque desde la fisioterapia.....125
Capítulo 25
Autismo y Musicoterapia.....130
Capítulo 26
Beneficios del ejercicio físico en la fibromialgia.....135
Capítulo 27
Beneficios de la entrevista motivacional, realizada por una enfermera, en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria. 139
Capítulo 28
Beneficios de la fisioterapia y el entrenamiento en la recuperación funcional de la mujer tras el parto. A propósito de un caso.....143
Capítulo 29
Beneficios de la vía subcutánea en el paciente paliativo o de elevada edad: una revisión bibliográfica.....147
Capítulo 30
Beneficios del método canguro en prematuros de UCIN.....152
Capítulo 31
Beneficios en el uso de la sutura de grapas vs sutura de seda en heridas.....156
Capítulo 32
Beneficios maternos del ejercicio físico en la gestación.....161
Capítulo 33
Calidad de vida en el paciente geriátrico con enfermedad renal crónica.....166
Capítulo 34
Revisión bibliográfica: calidad de vida relacionada con la salud en pacientes que sufren de enfermedades del sueño.....171
Capítulo 35
Caso clínico: abordaje del paciente psiquiátrico complejo.....175
Capítulo 36
Caso clínico. Ventilación mecánica en paciente que sufre accidente de tráfico.....180
Capítulo 37
Caso Clínico: Avulsión Ungueal por Traumatismo.....186
Capítulo 38
Caso Clínico: Donación en Asistolia Controlada con ECMO-MÓVIL (Maastrich III).....190
Capítulo 39
Caso Clínico: Enfermedad Penfigoide en Paciente de UCI.....196
Capítulo 40
Caso Clínico: Hernioplastia Complicada.....202
Capítulo 41
Caso clínico: Radiodermitis en atención Primaria.....206
Capítulo 42
Caso Clínico.Tratamiento de la Onicocriptosis en Atención Primaria.....213

Capítulo 43
Caso Clínico: Paciente Ileostomizada.....101
Capítulo 44
Caso: Granuloma umbilical.....223
Capítulo 45
Cefaleas en trabajadores Sanitarios de UCI. ¿Problema de salud?.....228
Capítulo 46
Caso clínico: Código Sepsis Colecistitis aguda.....232
Capítulo 47
Complicaciones más frecuentes del Acceso Vascular en el paciente en terapia de Diálisis y Tratamiento....236
Capítulo 48
Revisión bibliográfica: Complicaciones y tratamiento de la fístula enterocutánea.....242
Capítulo 49
Composición de la Leche materna durante la lactancia.....247
Capítulo 50
Consumo de Alcohol durante el Embarazo y sus consecuencias.....252
Capítulo 51
Consumo de bebidas energéticas en jóvenes españoles.....252
Capítulo 52
Cribado de hipoacusia en el recién nacido.....261
Capítulo 53
Cuidados de enfermería en el paciente con drenaje torácico.....265
Capítulo 54
Cuidados de Enfermería en las Cesáreas Humanizadas.....272
Capítulo 55
Cuidados de Enfermería en la Mucositis Oral del paciente Oncológico.....277
Capítulo 56
Cuidados de Enfermería en la Mucositis Oral del paciente Oncológico.....282
Capítulo 57
Cuidados de Enfermería en las Principales complicaciones de la Hemodiálisis.....286
Capítulo 58
Cuidados de Enfermería en los Catéteres Venosos Centrales.....291
Capítulo 59
Cuidados de enfermería en pacientes con diabetes: síntomas, causas y factores que contribuyen a la hipoglucemia...296
Capítulo 60
Cuidado de las Vías de Acceso Venoso en la UCI.....302
Capítulo 61
Cuidados enfermeros de la mucosa bucal en el paciente crítico. Revisión bibliográfica.....306
Capítulo 62
Cuidados Generales de la FAVI.....313
Capítulo 63
Cuidados y manejo del paciente con meningoencefalitis aguda por Streptococcus agalactiae desde un caso clínico.....317
Capítulo 64
Desigualdad social como determinante de acceso a la salud en España.....323
Capítulo 65
Desigualdades en inactividad física en la población española según sexo y clase social: análisis de la Encuesta Nacional de Salud de España 2017.....328
Capítulo 66
Diagnóstico del Pie Diabético en Enfermería.....332
Capítulo 67
Dolor lumbar crónico y Magnetoterapia.....337

Capítulo 68
Dolor pélvico crónico, Endometriosis y Fisioterapia.....341
Capítulo 69
Efectividad de la Humanización de los Cuidados de Enfermería en Unidades Neonatales.....345
Capítulo 70
Efectividad de la Moxibustión en Embarazadas con Presentación no cefálica.....349
Capítulo 71
Efectividad de las Ondas de Choque Extracorpóreas en la Epicondilitis Lateral: Revisión Bibliográfica.....354
Capítulo 72
Efectividad de las toallitas de clorhexidina alcohólica vs tapones desinfectantes en la prevención de las CLABSI en las Unidades de Cuidados Intensivos.....358
Capítulo 73
Efectividad del mindfulness para prevenir el burnout en profesionales sanitarios.....363
Capítulo 74
Efecto del contacto piel con piel madre e hijo en las tasas de lactancia materna exclusiva durante el ingreso hospitalario.....368
Capítulo 75
Efectos del Entrenamiento de fuerza en Pacientes con Síndrome subacromial. Revisión Sistemática.....373
Capítulo 76
Efectos del entrenamiento de la marcha en Esclerosis Múltiple.....378
Capítulo 77
Efectos del método Pilates en la Recuperación de la Función de Miembro Superior Postmastectomía.....383
Capítulo 78
Eficacia del Método Pilates para el Tratamiento de la Cervicalgia.....387
Capítulo 79
Eficacia del uso de calor local en pacientes con lumbalgia.....391
Capítulo 80
Eficacia Radioterapia previa al Tratamiento Fisioterapéutico en Trocanteritis.....396
Capítulo 81
Ejercicio Terapeútico Fisioterápico para la adquisición de la marcha Autónoma en Paciente con Cuadriplejía Espástica: A Propósito de un Caso Clínico.....401
Capítulo 82
El Consentimiento Informado.....405
Capítulo 83
El ejercicio físico en el abordaje del dolor en cáncer de mama: una revisión sistemática.....410
Capítulo 84
El Estrés y el Síndrome de Burnout en Enfermería.....414
Capítulo 85
El método Baby-Led Weaning: una revisión sistemática.....419
Capítulo 86
El método madre canguro y sus ventajas en el recién nacido prematuro.....424
Capítulo 87
El Método Pilates en la reducción del riesgo de caídas. Revisión sistemática.....429
Capítulo 88
Papel de la Enfermería en casos de Muerte Cerebral. Principales dilemas Bioéticos.....433
Capítulo 89
El parto en casa. Revisión de la literatura.....438
Capítulo 90
El Sonido de una Unidad de Cuidados Intensivos.....443
Capítulo 91
En los Pacientes con Hipertensión Arterial ¿Se conseguiría disminuir las cifras de Tensión Arterial al Disminuir la ansiedad?.....448

Capítulo 92
Endometriosis: la enfermedad silenciada.....453
Capítulo 93
Enfermedad de Lyme ¿Qué podemos hacer desde Atención Primaria?.....458
Capítulo 94
Enfermedades Raras-Citrulinemia.....463
Capítulo 95
Enfermera de Anestesia, un Rol Definido, pero no aplicado.....469
Capítulo 96
Escala DASH en la Funcionalidad del Miembro Superior.....474
Capítulo 97
Escalas de Valoración del Dolor Neonatal.....478
Capítulo 98
Esferodinamia durante el parto.....485
Capítulo 99
Especialidades en Enfermería. Expectativas VS Realidad.....490
Capítulo 100
Evaluación de conocimientos en Diabetes a pacientes de Entorno Rural VS Urbano.....494
Capítulo 101
Evaluación de la Eficacia de BoNT en diferentes condiciones Médicas.....499
Capítulo 102
Fisioterapia en el Síndrome de Colon Irritable.....504
Capítulo 103
Fisioterapia en el Síndrome de Leigh: Un caso Clínico.....508
Capítulo 104
Frecuencia cardiaca máxima, deporte y salud en los alumnos de educación primaria de la zona de influencia...513
Capítulo 105
FUROSEMIDA O TORASEMIDA: ¿Cuál es más eficaz para la insuficiencia cardiaca (IC)?.....518
Capítulo 106
Hacia el envejecimiento activo en personas con discapacidad intelectual y del desarrollo a través de la consulta de enfermería.....523
Capítulo 107
Hernia de disco lumbar: ¿tratamiento quirúrgico o terapia física?.....527
Capítulo 108
Herramientas para la Detección Precoz de Infección en Heridas.....532
Capítulo 109
Hidatidosis o Quiste hidatídico.....536
Capítulo 110
Hidroterapia durante el trabajo de parto.....541
Capítulo 111
Hospitalización en Tiempos de Covid detección Precoz de Agorafobia.....545
Capítulo 112
Humanización de la atención sanitaria en personas con discapacidad intelectual y del desarrollo dentro de la consulta de enfermería. Herramientas en lectura fácil.....549
Capítulo 113
Impacto de la Pandemia por Covid-19 sobre la Salud reproductiva.....554
Capítulo 114
Impacto de un taller de reanimación cardiopulmonar (RCP) durante las estancias clínicas en estudiantes de grado de Enfermería.....559
Capítulo 115
Incidencia de ACIDOSIS LÁCTICA, debida a intoxicación por METFORMINA, con indicación de Hemodiálisis...564

Capítulo 116
Influencia del Confinamiento por Covid-19 sobre la Violencia de Género percibido por los Profesionales Sanitarios.....568
Capítulo 117
Influencia del desarrollo Motor en las Habilidades Socio-Comunicativas en el Trastorno del Espectro Autista: Revisión Bibliográfica.....573
Capítulo 118
Intervención de Enfermería en Pacientes a los que se emplea como tratamiento Terapia Electroconvulsiva.....578
Capítulo 119
La contaminación Acústica en los Hospitales.....582
Capítulo 120
La epilepsia: manejo obstétrico de la matrona durante el embarazo y el parto.....586
Capítulo 121
La PCA como método para el manejo del dolor.....591
Capítulo 122
Lavados nasales vs aspirador nasal.....595
Capítulo 123
Lesiones crónicas en la insuficiencia venosa.....599
Capítulo 124
Lo que no sabías del Síndrome de Asperger.....605
Capítulo 125
Macroglobulinemia de Waldenström.....610
Capítulo 126
Manejo y prevención de Broncoaspiraciones en personas con discapacidad intelectual y del desarrollo dentro de un Centro Residencial.....615
Capítulo 127
Maniobra de Somersault: cómo manejar las circulares de cordón.....620
Capítulo 128
Método BLW (Baby Led Weaning).....624
Capítulo 129
Miel como alternativa en la curación de heridas.....629
Capítulo 130
Mixofibrosarcoma.....633
Capítulo 131
Monitorización postquirúrgica con oxímetro de un colgajo DIEP comparado con otras técnicas.....638
Capítulo 132
Movimiento antivacunas y sus argumentos.....643
Capítulo 133
Nebulización con Sistema de Malla Vibratoria.....649
Capítulo 134
Neuroprotección con Hipotermia Inducida tras parada Cardiorrespiratoria.....654
Capítulo 135
Revisión bibliográfica: Nutrición en pacientes oncológicos: recomendaciones dietéticas.....658
Capítulo 136
Nutrición y cicatrización de heridas crónicas.....663
Capítulo 137
Osteotomía sintetizada con clavo intramedular.....668
Capítulo 138
Ozonoterapia como tratamiento en heridas crónicas.....673
Capítulo 139
Papel de la Enfermera en la Prevención de Enfermedades de Trasmisión Sexual en Adolescentes y Jóvenes Adultos.....677

Capítulo 140
Papel de la Enfermera en Quirófano.....681
Capítulo 141
Papel de la Enfermería Pediátrica en el Síndrome de Guillain - Barré. A propósito de un caso.....686
Capítulo 142
Papel de la enfermería en la lactancia materna.....691
Capítulo 143
Parche de capsaicina 8%, una solución al dolor facial.....696
Capítulo 144
Parques para personas mayores, ¿Son Realmente Saludables?: Revisión Sistematizada.....701
Capítulo 145
Parto en el agua: resultados obstétricos y satisfacción materna.....707
Capítulo 146
Patología Dual. Un Abordaje desde Enfermería.....711
Capítulo 147
People for People.....715
Capítulo 148
Picc, Midline y Ecc, Revisión Bibliográfica.....720
Capítulo 149
Plasma Rico en Factores de Crecimiento para Agujero Macular.....724
Capítulo 150
Porteo Ergonómico.....729
Capítulo 151
Power-Pumping: Extracción Poderosa.....734
Capítulo 152
PR/ Scacest en Síndrome de Takotsubo.....738
Capítulo 153
Prevención de ETS con población migrante.....743
Capítulo 154
Prevención de UPP en Neonatos con VMNI.....748
Capítulo 155
Prevención del pie diabético por enfermería de atención primaria.....752
Capítulo 156
Principales causas de rechazo de donantes de sangre, previo examen médico y entrevista, durante 2019 (año PRECOVID) y 2020, 2021 y 2022 (años COVID) en Ciudad Real.....757
Capítulo 157
Profilaxis Postexposición en accidente Biológicos. Revisión de Protocolos.....762
Capítulo 158
Provocación bronquial con Harina de Almorta.....767
Capítulo 159
Quiste de Tarlov Caso Clínico.....771
Capítulo 160
Recomendaciones de hábitos de vida para el paciente diabético tipo 2 desde Atención Primaria.....776
Capítulo 161
Reflujo Gastroesofágico en el Lactante.....781
Capítulo 162
Rehabilitación de la marcha y el equilibrio en paciente que sufre un accidente cerebro vascular.....787
Capítulo 163
Relación de Lactancia Materna Exclusiva y desarrollo cognitivo del Bebé.....792
Capítulo 164
Relación entre ejercicio aeróbico y fibrilación auricular. Revisión bibliográfica.....796

Capítulo 165
Relación entre la Seguridad del Paciente y el Ratio enfermera-cama.....801
Capítulo 166
Relación entre Sobrepeso u Obesidad con el Rendimiento Académico.....805
Capítulo 167
Relajación en el seguimiento de las medidas higiénico-dietéticas en pacientes con Diabetes tipo II.....809
Capítulo 168
Respuesta inmunológica con dosis única de la vacuna del Virus del Papiloma Humano (VPH).....813
Capítulo 169
Revisión Bibliográfica sobre la Asociación entre un patrón dietético vegetariano y la disminución del Riesgo de desarrollar cáncer de mama en Mujeres.....818
Capítulo 170
Revisión bibliográfica sobre la prevención y cuidados de la linfedema en mujeres operadas de cáncer de mama y la importancia del papel de enfermería.....823
Capítulo 171
Revisión Bibliográfica sobre la relación entre la Dieta de Ayuno Intermitente y la pérdida de Peso.....829
Capítulo 172
Revisión bibliográfica: los tatuajes desde la perspectiva de enfermería.....834
Capítulo 173
Revisión bibliográfica: Cuidado de las Quemaduras 839
Capítulo 174
Revisión de las Técnicas enfermeras de Descontaminación Digestiva en Intoxicaciones medicamentosas Agudas 844
Capítulo 175
Revisión del Tratamiento de la Epilepsia Refractaria en niños con Dieta Cetogénica.....848
Capítulo 176
Revisión Sistemática: Maniobra Kristeller.....852
Capítulo 177
Revisión Sistemática: Posición De Walcher.....857
Capítulo 178
Sexualidad en el climaterio.....861
Capítulo 179
Síndrome de Burnout en Atención Hospitalaria versus Atención Primaria.....865
Capítulo 180
Sindrome de Sudeck (DSR).....870
Capítulo 181
Síndrome de Transfusión Feto-Fetal.....874
Capítulo 182
Síndrome del niño azul. ¿Qué lleva el puré?.....878
Capítulo 183
Situación de la Salud Sexual durante la Pandemia por COVID-19.....883
Capítulo 184
Suplementación con Ácido Fólico en el Embarazo.....888
Capítulo 185
Técnica Mölndal. Usos y beneficios frente a cura tradicional.....894
Capítulo 186
Técnica Mölndal: nueva herramienta para la cura de heridas quirúrgicas.....899
Capítulo 187
Test prenatal no invasivo (TPNI): revolución en el cribado prenatal de trisomías y aneuploidías.....904
Capítulo 188
Tratamiento con PRP (plasma rico en plaquetas) en heridas crónicas 909

Capítulo 189
Tratamiento de Fisioterapia en la parálisis facial periférica.....914
Capítulo 190
Tratamiento de Herida próxima a una Fistula Arteriovenosa con Blastoestimulina.....919
Capítulo 191
Tratamiento de Hipotensión en Hemodiálisis.....925
Capítulo 192
Tratamiento Fisioterapéutico en Incontinencia Urinaria de esfuerzo en Deportista de Halterofilia.....930
Capítulo 193
Tratamiento fisioterápico en paciente con fascitis plantar.....936
Capítulo 194
Úlcera hipertensiva de Martorell.....940
Capítulo 195
Uso combinado de Solución de Betaina, poliexanida (Prontosan® Solución) con Acido Hialurónico y Colagenasa (Rym Colagenasa®).....946
Capítulo 196
Caso Clínico: Uso combinado de Sulfadiazina de Plata y Linitul en Paciente con Quemaduras por Terapia de Ventosas.....951
Capítulo 197
Uso de antipsicóticos depot para facilitar la adherencia terapéutica.....955
Capítulo 198
Uso de ketamina intravenosa para el manejo del dolor crónico neuropático. Caso clínico.....960
Capítulo 199
Uso de la Esketamina Intranasal.....965
Capítulo 200
Uso de la Vía Intraósea en Urgencias. Ventajas e Inconvenientes.....970
Capítulo 201
Uso de la Vía Subcutánea en Atención Primaria.....975
Capítulo 202
Uso de la Vía Subcutánea en Cuidados Paliativos.....979
Capítulo 203
Uso de Malla antimicrobiana con Plata Atrauman en Úlcera Venosa.....984
Capítulo 204
Uso de Obinutuzumab en paciente con LLC en un Hospital Comarcal.....988
Capítulo 205
Caso Clínico: Utilización de apósito primario de Fibra Hidrocoloide no adherente tras exhaustiva limpieza para quemadura química evolucionada.....992
Capítulo 206
Utilización de la vía intraósea en emergencias extrahospitalarias.....996
Capítulo 207
Valoración de la calidad de vida y la satisfacción en pacientes con trastornos de conducta alimentaria....1001
Capítulo 208
Valoración de la humanización percibida por los usuarios de atención primaria en centro de salud y punto de atención continuada.....1006
Capítulo 209
Variabilidad en la atención al parto normal en España.....1011

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 1

¿Cómo repercute el síndrome de burnout en la calidad del sueño en enfermería?

Nieto Aparicio, Saúl
Cantero Rivero, Virginia
Carrero Maldonado, Silvia
Sobrino Lorente, María del Pilar
Chaparro Galán, Miriam

¿COMO REPERCUTE EL SINDROME DE BURNOUT EN LA CALIDAD DEL SUEÑO EN ENFERMERIA?

INTRODUCCIÓN

El burnout se define como la respuesta emocional causada por estrés laboral crónico, caracterizada por: aparición de agotamiento emocional, pérdida progresiva de energía, desmotivación, actitud hostil en el ambiente de trabajo, sentimientos de baja realización profesional o pérdida de confianza en sí mismo.

Este síndrome tiene una alta prevalencia y un fuerte impacto en los profesionales sanitarios potenciándose en situaciones de sobrecarga de trabajo o dificultades para conciliar la vida laboral y familiar. Además, el burnout se asocia a la disminución de la calidad del sueño, que ya de por si se ve afectada en esta profesión debido a los turnos rotatorios y horarios extendidos que alteran directamente el ritmo circadiano.

Esta situación provoca una serie de repercusiones negativas tales como la disminución de la calidad asistencial y a su vez conducen a un aumento en el número de errores en la asistencia sanitaria.

Con el objetivo de evitar estos problemas, resulta importante analizar la relación entre estos dos fenómenos para establecer posibles intervenciones que ayuden a disminuir su prevalencia y así lograr un mejor nivel de salud en la enfermería.

OBJETIVOS

Analizar y revisar la literatura científica más actualizada disponible sobre la relación existente entre el síndrome de burnout y su influencia en la calidad del sueño en la enfermería.

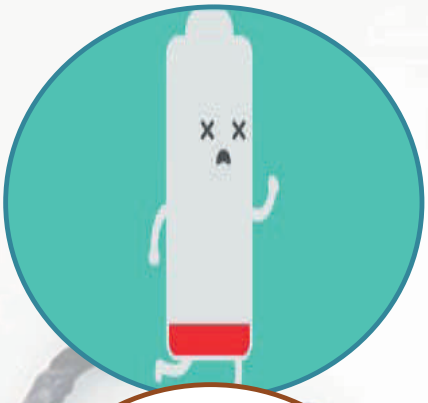
MATERIAL Y MÉTODO

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

Palabras clave: Burnout, Mental health, sleep quality, nursing.
Todos ellos pertenecen a los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), combinados con los operadores booleanos "AND" y "OR".

Criterios de inclusión:
- **Según diseño de los estudios: revisiones sistemáticas que analizaban la repercusión del síndrome de burnout en la calidad del sueño de las enfermeras.**
- **Según el tipo de participantes: profesionales de enfermería que durante el ejercicio de su actividad profesional han desarrollado burnout.**
- **Según fecha de publicación e idioma: Estudios incluidos publicados a partir del año 2018 en inglés y castellano.**

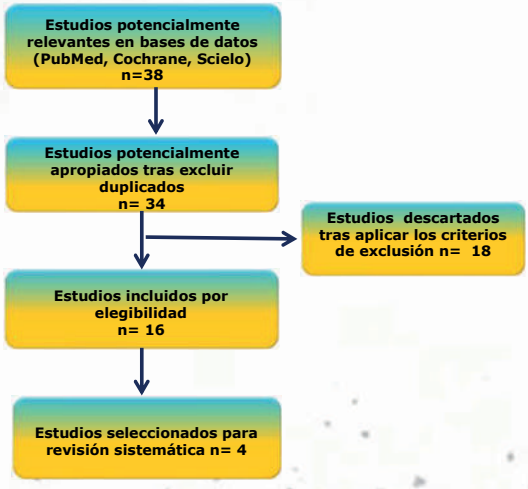
Criterios de exclusión:
- **Estudios anteriores al año 2018.**
- **Estudios publicados en idiomas diferentes al inglés y castellano.**











RESULTADOS

•Dos de los estudios incluidos en la revisión *[Giorgi et al., 2018]* y *[Moreno et al., 2018]* mostraron una correlación positiva entre las enfermeras que sufren altos niveles de agotamiento emocional con somnolencia diurna y pobre calidad subjetiva del sueño. Por otro lado, identificaron una asociación entre la posibilidad de desarrollar burnout en base al nivel de tolerancia al estrés personal y capacidad de adaptación del ritmo circadiano a los diferentes turnos de trabajo.

•Por otro lado, en *[Bagheri et al., 2019]* y *[Moreno et al., 2018]* se evidenció mayor riesgo de padecer burnout y alteraciones en el patrón del sueño en los turnos fijos de 12 o más horas, siendo el turno fijo de noche el más perjudicial.

•Los factores asociados al ambiente laboral como la sobrecarga de trabajo, la falta de apoyo entre compañeros, riesgo a accidente biológico y la alta responsabilidad del trabajo con pacientes, se clasificaron como eventos potencialmente estresantes, con repercusiones negativas en el estado de salud de las enfermeras, aumentando su nivel de agotamiento emocional e influyendo negativamente en la calidad de su sueño según *[Bagheri et al., 2019]* y *[Młynarska et al., 2022]*

CONCLUSIONES

La evidencia mostrada por los estudios seleccionados relaciona el burnout con mayor probabilidad de padecer problemas en el patrón del sueño en las enfermeras.

Se han descrito factores estrechamente relacionados con la alteración de la calidad del sueño y la aparición de burnout, tales como el tipo de turno o las condiciones del ambiente de trabajo. Estas variables repercuten directamente en la calidad de la atención prestada por el profesional, por lo que abordar este problema debe ser una prioridad desde el ámbito de la gestión sanitaria.

Abordar estrategias de turnicidad que disminuyan las alteraciones del ritmo circadiano y ayuden a mejorar la calidad del sueño podría resultar beneficioso. En la medida de lo posible, reducir o eliminar el turno nocturno fijo debido a su elevado impacto en el ritmo circadiano.

SATSE

AUTORES
1. SAUL NIETO APARICIO
2. VIRGINIA CANTERO RIVERO
3. SILVIA CARRERO MALDONADO
4. MARIA DEL PILAR SOBRINO LORENTE
5. MIRIAM CHAPARRO GALAN

XIV Congreso Enfermería y Fisioterapia

Resumen: *El burnout se define como la respuesta emocional causada por estrés laboral crónico. Este síndrome tiene una alta prevalencia y produce un fuerte impacto en los profesionales sanitarios potenciándose en situaciones de sobrecarga de trabajo o dificultades para conciliar la vida laboral y familiar. En este estudio se pretende esclarecer si existe una relación entre este síndrome y una disminución en la calidad del sueño.*

Según los estudios seleccionados parece existir una correlación entre el burnout y una mayor probabilidad de padecer problemas en el patrón del sueño en las enfermeras.

Palabras Clave: *Burnout, Mental Health, Sleep quality*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El burnout se define como la respuesta emocional causada por estrés laboral crónico, caracterizada por: aparición de agotamiento emocional, pérdida progresiva de energía, desmotivación, actitud hostil en el ambiente de trabajo, sentimientos de baja realización profesional o pérdida de confianza en sí mismo.

Este síndrome tiene una alta prevalencia y un fuerte impacto en los profesionales sanitarios potenciándose en situaciones de sobrecarga de trabajo o dificultades para conciliar la vida laboral y familiar. Además, el burnout se asocia a la disminución de la calidad del sueño, que ya de por si se ve afectada en esta profesión debido a los turnos rotatorios y horarios extendidos que alteran directamente el ritmo circadiano.

Esta situación provoca una serie de repercusiones negativas tales como la disminución de la calidad asistencial y a su vez conducen a un aumento en el número de errores en la asistencia sanitaria.

Con el objetivo de evitar estos problemas, resulta importante analizar la relación entre estos dos fenómenos para establecer posibles intervenciones que ayuden a disminuir su prevalencia y así lograr un mejor nivel de salud en la enfermería.

Objetivo:

Analizar y revisar la literatura científica más actualizada disponible sobre la relación existente entre el síndrome de burnout y su influencia en la calidad del sueño en la enfermería.

Material y Método:

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

- Palabras clave: Burnout, Mental health, sleep quality, nursing.

-Todos ellos pertenecen a los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), combinados con los operadores booleanos “AND” y “OR”.

Criterios de inclusión:

- Según diseño de los estudios: revisiones sistemáticas que analizaban la repercusión del síndrome de burnout en la calidad del sueño de las enfermeras.

- Según el tipo de participantes: profesionales de enfermería que durante el ejercicio de su actividad profesional han desarrollado burnout.

-Según fecha de publicación e idioma: Estudios incluidos publicados a partir del año 2018 en inglés y castellano.

Criterios de exclusión:

- Estudios anteriores al año 2018.

- Estudios publicados en idiomas diferentes al inglés y castellano.

Resultados:

Dos de los estudios incluidos en la revisión [Giorgi et al., 2018] y [Moreno et al., 2018] mostraron una correlación positiva entre las enfermeras que sufren altos niveles de agotamiento emocional con somnolencia diurna y pobre calidad subjetiva del sueño. Por otro lado, identificaron una asociación entre la posibilidad de desarrollar burnout en base al nivel de tolerancia al estrés personal y capacidad de adaptación del ritmo circadiano a los diferentes turnos de trabajo.

Por otro lado, en [Bagheri et al., 2019] y [Moreno et al., 2018] se evidenció mayor riesgo de padecer burnout y alteraciones en el patrón del sueño en los turnos fijos de 12 o más horas, siendo el turno fijo de noche el más perjudicial.

Los factores asociados al ambiente laboral como la sobrecarga de trabajo, la falta de apoyo entre compañeros, riesgo a accidente biológico y la alta responsabilidad del trabajo con pacientes, se clasificaron como eventos potencialmente estresantes, con repercusiones negativas en el estado de salud de las enfermeras, aumentando su nivel de agotamiento emocional e influyendo negativamente en la calidad de su sueño según [Bagheri et al., 2019] y [Młynarska et al., 2022]

Conclusiones:

La evidencia mostrada por los estudios seleccionados relaciona el burnout con mayor probabilidad de padecer problemas en el patrón del sueño en las enfermeras.

Se han descrito factores estrechamente relacionados con la alteración de la calidad del sueño y la aparición de burnout, tales como el tipo de turno o las condiciones del ambiente de trabajo. Estas variables repercuten directamente en la calidad de la atención prestada por el profesional, por lo que abordar este problema debe ser una prioridad desde el ámbito de la gestión sanitaria.

Abordar estrategias de turnicidad que disminuyan las alteraciones del ritmo circadiano y ayuden a mejorar la calidad del sueño podría resultar beneficioso. En la medida de lo posible, reducir o eliminar el turno nocturno fijo debido a su elevado impacto en el ritmo circadiano.

Bibliografía

1.- Bagheri M., Ebrahimi M.H., Khanjani N., Biganeh J., Mohammadi S., Abdolahfard M. The effects of amplitude and stability of circadian rhythm and occupational stress on burnout syndrome and job dissatisfaction among irregular shift working nurses. J. Clin. Nurs. 2019;28:1868–1878. doi: 10.1111/jocn.14778.

2.- Giorgi F., Mattei A., Notarnicola I., Petrucci C., Lancia L. Can sleep quality and burnout affect the job performance of shift-work nurses? A hospital cross-sectional study. J. Adv. Nurs. 2018;74:698–708. doi: 10.1111/jan.13484.

3.- Moreno-Casbas M.T., Alonso-Poncelas E., Gómez-García T., Martínez-Madrid M.J., Escobar-Aguilar G. Percepción sobre la calidad de los cuidados, entorno laboral y características del sueño de las enfermeras que trabajan en el Sistema Nacional de Salud. Enferm. Clin. 2018;28:230–239. doi: 10.1016/j.enfcli.2018.01.001.

4.- Młynarska A, Bronder M, Kolarczyk E, Manulik S, Młynarski R. Determinants of Sleep Disorders and Occupational Burnout among Nurses: A Cross-Sectional Study. Int J Environ Res Public Health. 2022 May 20;19(10):6218. doi: 10.3390/ijerph19106218. PMID: 35627754; PMCID: PMC9140934.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 2

¿Hierro Intravenoso o Hierro Via Oral? diferencias en la efectividad y uso en pacientes con anemia Ferropénica.

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

¿HIERRO INTRAVENOSO O HIERRO VIA ORAL?: DIFERENCIAS EN LA EFECTIVIDAD Y USO EN PACIENTES CON ANEMIA FERROPÉNICA

AUTORES: MORA MUÑOZ, EDUARDO; SÁNCHEZ-IZQUIERDO CASTELLANOS, SONIA; OLMO TRUJILLO, CORAL

INTRODUCCIÓN

La anemia ferropénica es la más frecuente en la población general (prevalencia del 2-4% en países industrializados). Ocurre cuando la producción de hematíes disminuye como consecuencia del agotamiento de los depósitos de hierro.
Causas principales de anemia ferropénicas son:

- **SANGRADOS**: A *nivel digestivo* (asociado a la ingesta de AINEs, carcinoma de colon, úlcera gástrica, enfermedad inflamatoria intestinal (EII); a *nivel ginecológico* (menstruación, parto…); *tipos*: genitourinarias, pulmonares, donantes de sangre, hemólisis intravascular.
- **AUMENTO DE NECESIDADES**: embarazo, lactancia materna, infancia y adolescencia.
- **DISMINUCIÓN DE LA ABSORCIÓN**: gastrectomía, enfermedad celíaca, ciertos medicamentos como antiácidos o inhibidores de la bomba de protones), infección por Helicobacter pylori.
- **FALTA DE APORTE**: personas ancianas, veganas.

La vía oral es la considerada, por norma general, de elección en pacientes con anemia ferropénica. Sin embargo, en determinadas situaciones habrá que administrar el hierro vía parenteral porque la vía oral no se tolera o no es eficaz.

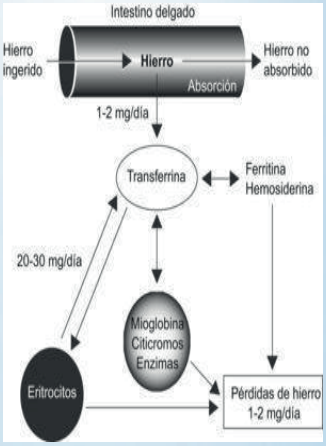
OBJETIVOS

GENERALES

- Reducir el riesgo de morbilidad a corto y largo plazo.
- Minimizar el uso de trasfusiones sanguíneas en pacientes con anemia.
- Evitar la progresión de la enfermedad, minimizando los principales síntomas y efectos adversos.
- Mejorar la capacidad funcional y la calidad de vida.

ESPECÍFICOS

- Adaptar el tratamiento farmacológico según las circunstancias del paciente.
- Personalizar el tratamiento con el fármaco más adecuado.
- Conseguir que el paciente sea capaz de realizar un manejo domiciliario del tratamiento para el paciente.
- Prevenir sobremedicar al paciente, facilitando el manejo de la enfermedad.



MATERIAL Y METODO

Se ha utilizado una revisión bibliográfica sobre evidencia científica y ensayos clínicos, así como la consulta de guías de práctica clínica (GPC) y revisiones sistemáticas (RS) con o sin meta-análisis (MA). Las bases de datos usadas han sido: *Cuiden, Pubmed, Cochrane Library*; páginas web de organismos oficiales como la Biblioteca Murcia Salud; uso de buscadores bibliográficos como *Dialnet o Revista Science Direct.* Castellano e inglés son los idiomas usados para consultar en las bases de datos

RESULTADOS

El suplemento de hierro intravenoso resulta superior en términos de eficacia, tolerancia, efecto predecible y mejoría más rápida de la calidad de vida de los pacientes en comparación con los suplementos ferrosos orales. Varios ensayos clínicos, han demostrado una respuesta eritropoyética más rápida y prolongada con hierro parenteral que con suplementos orales. Definiendo las características más detalladamente las fórmulas intravenosas:

- Poseen una rápida biodisponibilidad para la eritropoyesis y acelera la recuperación de la anemia (el incremento estimado de la hemoglobina es aproximadamente de 1g/dl por cada 150 a 200mg de hierro intravenoso administrado).
- Se consigue concentraciones máximas plasmáticas de hierro a los 10 min, incorporación de hierro a la médula ósea en menos de una hora y una tasa de utilización para la eritropoyesis del 59 al 99%.

Dentro de las tras formulaciones presentes a nivel intravenoso (hierro sacarosa, hierro dextrano de bajo peso molecular y hierro carboximaltosa), **el hierro sacarosa** es el más utilizado, tanto en ensayos clínicos como en la práctica clínica, siendo su coste menor para el sistema sanitario y su mayor ventaja es la gran experiencia acumulada respecto a su seguridad. **El hierro carboximaltosa** es un preparado de mayor coste, pero se ha podido comprobar que es más efectivo su uso para el tratamiento de anemias secundarias en la enfermedad de insuficiencia renal crónica.

En pacientes con problemas de intolerancia o problemas de malabsorción, el déficit de hierro asociado a la anemia ferropénica no puede corregirse con una formulación de hierro oral. En pacientes con insuficiencia hepática, sólo se deberá administrar hierro parenteral después de valorar detenidamente los riesgos y los beneficios.

En contraposición a lo anterior, el tratamiento con hierro vía oral es un tratamiento más es específico, efectivo, económico y aceptable para la mayoría de pacientes. En pacientes con problemas de intolerancia o problemas de malabsorción, el déficit de hierro asociado a la anemia ferropénica no puede corregirse con una formulación de hierro oral, siendo de elección los suplementos intravenosos. Otro inconveniente del tratamiento vía oral es su uso en una anemia grave (HB< 10gr/dl).
Hay más controversia en el uso del tratamiento de hierro vía oral cuando el paciente presenta una enfermedad inflamatoria intestinal. En pacientes con enfermedad renal crónica no dializados o diálisis peritoneal se preferirá iniciar el tratamiento con hierro oral, salvo que el nivel de anemia sea grave.

CONCLUSIONES

El uso de soluciones intravenosas de hierro para el tratamiento de anemia ferropénica se enmarca dentro de la rapidez, eficacia y eficiencia del tratamiento, así como una mejoría de los niveles de hierro en sangre de los pacientes y evitar así su repercusión o afectación en órganos vitales (riñón e hígado). El tratamiento con soluciones orales se destina principalmente para asegurar una mayor aceptación del propio paciente, en caso de anemias menos severas y evitar un coste mayor al sistema sanitario.



SATSE XIV Congreso de investigación Enfermería y Fisioterapia

Resumen: *El hierro es un mineral necesario para nuestro organismo, siendo el encargado de fabricar la hemoglobina, mioglobina, hormonas y tejido conectivo. La anemia ferropénica es la más frecuente en la población general y ocurre cuando la producción de hematíes disminuye como consecuencia del agotamiento de los depósitos de hierro. Las causas principales de anemia ferropénicas son sangrados a nivel digestivo o ginecológico, aumento de las necesidades de hierro en distintas épocas de la vida, en procesos de disminución de la absorción o falta de ingesta de alimentos ricos en hierro.*

Palabras Clave: *Anemia, Anemia Ferropénica, Deficiencias de Hierro.*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La anemia ferropénica es la más frecuente en la población general (prevalencia del 2-4% en países industrializados). Ocurre cuando la producción de hematíes disminuye como consecuencia del agotamiento de los depósitos de hierro. Las causas principales de anemia ferropénicas son:

· SANGRADOS: A nivel digestivo (asociado a la ingesta de AINEs, carcinoma de colon, úlcera gástrica, enfermedad inflamatoria intestinal (EII); a nivel ginecológico (menstruación, parto…); tipos: genitourinarias, pulmonares, donantes de sangre, hemólisis intravascular.

· AUMENTO DE NECESIDADES: embarazo, lactancia materna, infancia y adolescencia.

· DISMINUCIÓN DE LA ABSORCIÓN: gastrectomía, enfermedad celíaca, ciertos medicamentos como antiácidos o inhibidores de la bomba de protones), infección por Helicobacter pylori.

· FALTA DE APORTE: personas ancianas, veganas.

La vía oral es la considerada, por norma general, de elección en pacientes con anemia ferropénica. Sin embargo, en determinadas situaciones habrá que administrar el hierro vía parenteral porque la vía oral no se tolera o no es eficaz.

Objetivos Generales y Específicos:

GENERALES

• Reducir el riesgo de morbilidad a corto y largo plazo.

• Minimizar el uso de trasfusiones sanguíneas en pacientes con anemia.

• Evitar la progresión de la enfermedad, minimizando los principales síntomas y efectos adversos.

• Mejorar la capacidad funcional y la calidad de vida.

ESPECÍFICOS

• Adaptar el tratamiento farmacológico según las circunstancias del paciente.

• Personalizar el tratamiento con el fármaco más adecuado.

• Conseguir que el paciente sea capaz de realizar un manejo domiciliario del tratamiento para el paciente.

• Prevenir sobremedicar al paciente, facilitando el manejo de la enfermedad.

Material y Método:

Se ha utilizado una revisión bibliográfica sobre evidencia científica y ensayos clínicos, así como la consulta de guías de práctica clínica (GPC) y revisiones sistemáticas (RS) con o sin meta-análisis (MA). Las bases de datos usadas han sido: Cuiden, Pubmed, Cochrane Library; páginas web de organismos oficiales como la Biblioteca Murcia Salud; uso de buscadores bibliográficos como Dialnet o Revista Science Direct. Castellano e inglés son los idiomas usados para consultar en las bases de datos.

Resultados:

El suplemento de hierro intravenoso resulta superior en términos de eficacia, tolerancia, efecto predecible y mejoría más rápida de la calidad de vida de los pacientes en comparación con los suplementos ferrosos orales

Varios ensayos clínicos, han demostrado una respuesta eritropoyética más rápida y prolongada con hierro parenteral que con suplementos orales. Definiendo las características más detalladamente las fórmulas intravenosas:

• Poseen una rápida biodisponibilidad para la eritropoyesis y acelera la recuperación de la anemia (el incremento estimado de la hemoglobina es aproximadamente de 1g/dl por cada 150 a 200mg de hierro intravenoso administrado).

• Se consigue concentraciones máximas plasmáticas de hierro a los 10 min, incorporación de hierro a la médula ósea en menos de una hora y una tasa de utilización para la eritropoyesis del 59 al 99%.

Dentro de las tras formulaciones presentes a nivel intravenoso (hierro sacarosa, hierro dextrano de bajo peso molecular y hierro carboximaltosa), el hierro sacarosa es el más utilizado, tanto en ensayos clínicos como en la práctica clínica, siendo su coste menor para el sistema sanitario y su mayor ventaja es la gran experiencia acumulada respecto a su seguridad. El hierro carboximaltosa es un preparado de mayor coste, pero se ha podido comprobar que es más efectivo su uso para el tratamiento de anemias secundarias en la enfermedad de insuficiencia renal crónica.

En pacientes con problemas de intolerancia o problemas de malabsorción, el déficit de hierro asociado a la anemia ferropénica no puede corregirse con una formulación de hierro oral. En pacientes con insuficiencia hepática, sólo se deberá administrar hierro parenteral después de valorar detenidamente los riesgos y los beneficios.

En contraposición a lo anterior, el tratamiento con hierro vía oral es un tratamiento más es específico, efectivo, económico y aceptable para la mayoría de pacientes. En pacientes con problemas de intolerancia o problemas de malabsorción, el déficit de hierro asociado a la anemia ferropénica no puede corregirse con una formulación de hierro oral, siendo de elección los suplementos intravenosos. Otro inconveniente del tratamiento vía oral es su uso en una anemia grave (HB< 10gr/dl).

Hay más controversia en el uso del tratamiento de hierro vía oral cuando el paciente presenta una enfermedad inflamatoria intestinal. En pacientes con enfermedad renal crónica no dializados

o diálisis peritoneal se preferirá iniciar el tratamiento con hierro oral, salvo que el nivel de anemia sea grave.

Conclusiones:

El uso de soluciones intravenosas de hierro para el tratamiento de anemia ferropénica se enmarca dentro de la rapidez, eficacia y eficiencia del tratamiento, así como una mejoría de los niveles de hierro en sangre de los pacientes y evitar así su repercusión o afectación en órganos vitales (riñón e hígado). El tratamiento con soluciones orales se destina principalmente para asegurar una mayor aceptación del propio paciente, en caso de anemias menos severas y evitar un coste mayor al sistema sanitario.

Bibliografía

1. Adams A, Scheckel B, Habsaoui A, Haque M, Kuhr K, Monsef I, et al. Intravenous iron versus oral iron versus no iron with or without erythropoiesis- stimulating agents (ESA) for cancer patients with anaemia: a systematic review and network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2022 [citado el 08 de mayo de 2023];6(6):CD012633. Disponible en: https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012633.pub2/full/es.

2. O'Lone EL, Hodson EM, Nistor I, Bolignano D, Webster AC, Craig JC. Parenteral versus oral iron therapy for adults and children with chronic kidney disease. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2019 [citado el 09 mayo de 2023];2(2):CD007857. Disponible en: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007857.pub3/full/es.

3. Ferreiro Iglesias R, Barreiro-de Acosta M, Seijo-Ríos S, Lorenzo A, Domínguez-Muñoz JE. Eficacia del hierro intravenoso en el tratamiento de la anemia ferropénica en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal: ¿Existen factores predictivos de respuesta? Rev Esp Enferm Dig [Internet]. 2011 [citado el 09 de mayo de 2023];103(5):245–8. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-01082011000500004&script=sci_arttext&tlng=es.

4. Mearin F, Balboa A, Castells A, Domínguez JE, Esteve M, García-Erce JA, et al. Anemia ferropénica y uso de hierro endovenoso en patología digestiva. Gastroenterol Hepatol [Internet]. 2010;33(8):605–13. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2010.08.001.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 3

¿Qué le Ocurre a esta Piel? La Psoriasis, esa enfermedad rebelde.

Vigara Barba, Alejandra
Espadas Sánchez, Maria

¿QUÉ LE OCURRE A ESTA PIEL?

LA PSORIASIS, ESA ENFERMEDAD REBELDE

VIGARA BARBA, ALEJANDRA; ESPADAS SÁNCHEZ, MARÍA

INTRODUCCIÓN



La psoriasis es una enfermedad de la piel que causa manchas rojas y escamosas que pican sobre todo en las rodillas, codos, tronco y el cuero cabelludo.
Es una enfermedad muy común y de larga duración, es decir, crónica y que no tiene cura. Suele evolucionar con brotes que duran semanas o meses y que después disminuye o incluso entra en remisión. La psoriasis comienza a la edad entre 15 y 35 años a medida que la persona envejece, no es contagiosa y no se transmite de una persona a otra. La psoriasis parece transmitirse de padres a hijos. Las células cutáneas normales crecen en la parte profunda de la piel y suben hasta la superficie aproximadamente una vez al mes, cuando una persona tiene psoriasis este proceso ocurre cada 14 días en lugar de cada 4 semanas. Esto da resultado por la acumulación de células muertas en la superficie de la piel formando una acumulación de escamas factores pueden desencadenar un ataque de psoriasis:
-Infecciones bacterianas o virales.
-Aire o piel secos.
-Lesión en la piel. (quemaduras, picaduras de insectos y otras erupciones cutáneas.).
-Algunos medicamentos como, por ejemplo, los beta-bloqueadores.
-El estrés.
-Muy poca luz solar.
-Demasiada luz solar.

OBJETIVOS

- Descripción general de psoriasis.
- Principales causas que desencadenan o agravan la enfermedad.
- Exposición de factores de riesgo y sus posibles complicaciones.

METODOLOGÍA

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de Pubmed, Medine y Dialnet y Google Académico seleccionando artículos procedentes de publicaciones académicas revisadas.



RESULTADOS

- Los signos y síntomas de la psoriasis pueden variar de una persona a otra, siendo los más comunes: parches de piel rojiza cubiertos de escamas gruesas y plateadas, piel seca y agrietada, picazón, ardor, irritación, uñas engrosadas, picadas, acanaladas, articulaciones inflamadas y rígidas.
- Las áreas más afectadas suelen ser: la espalda, lumbar, los codos, las rodillas, las piernas, las plantas de los pies, el cuero cabelludo y las palmas de las manos.
- La mayoría tienen tipo, con brotes que duran de semanas a meses y luego pueden disminuir e incluso remitir.

Tipos:
- PSORIASIS EN PLACA
- PSORIASIS EN LAS UÑAS
- PSORIASIS EN GOTA
- PSORIAISS INVERSA
- PSORIASIS PUSTULOSA
- PSORIASIS ERITRODÉRMICA
- ARTRITIS PSORIÁSICA.



- La principal causa de la psoriasis es el sistema inmunitario, sobre todo en la psoriasis de tipo placas.

No está claramente probado que el sistema inmunitario sea el causante total de ello, también la genética y los factores ambientales juegan un importante papel, por ello cabe destacar que existe una serie de factores medioambientales muy comunes en la psoriasis como es el clima, fumar, el consumo excesivo de alcohol y ciertos medicamentos.

CONCLUSIONES

La psoriasis es una enfermedad de la piel que causa manchas rojas y escamosas que pican, sobre todo en las rodillas, codos y cuero cabelludo. Se le puede considerar una enfermedad crónica. Según su forma de evolución se pueden diferenciar distintos tipos de psoriasis, siendo una de las más graves la artritis psoriásica.
Cualquier persona puede desarrollar psoriasis, empezando su desarrollo en la edad pediátrica existiendo tres factores que pueden aumentar su riesgo:
- Antecedentes familiares: el hecho de que uno de los padres posea psoriasis puede aumentar el riesgo de contagio hereditario.
- Estrés: el estrés puede aumentar el riesgo del sistema inmunitario y favorece en el desarrollo de la psoriasis.
- Tabaquismo: fumar tabaco no solo aumenta el riesgo de tener psoriasis, si no que aumenta la gravedad de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA
Armstrong AW, Siegel MP, Bagel J, et al. From the Medical Board of the National Psoriasis Foundation: treatment targets for plaque psoriasis. J Am Acad Dermatol. 2017;76(2):290-298. PMID: 27908543 pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27908543/.
Dinulos JGH. Psoriasis and other papulosquamous diseases. In: Dinulos JGH, ed. Habif's Clinical Dermatology. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2021:chap 8.
Lebwohl MG, van de Kerkhof P. Psoriasis. In: Lebwohl MG, Heymann WR, Coulson IH, Murrell DF, eds. Treatment of Skin Disease. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2022:chap 210.
Ferrándiz, C. (1996). "Dermatosis editematoescamosas (1). Psoriasis. Eritrodermias." Dermatología clínica. Madrid: MMI Elsevier España, S.A. ISBN 84-8174-531-5.
Ramírez, LC; Velásquez, MM. (2015). "Aspectos de la IL-17 en la inmunopatogénesis de la psoriasis: Un nuevo blanco terapéutico. Rev Asoc Colomb Dermatol 23. (1 de enero-marzo): 61-68. Archivado desde el 8 de octubre de 2015. Consultado el 6 de octubre del 2015.

Resumen: *La psoriasis es una enfermedad de la piel que causa manchas rojas y escamosas que pican sobre todo en las rodillas,codos,tronco y el cuero cabelludo.*

Es muy común y crónica y suele evolucionar con brotes que duran semanas o meses y que después disminuyen o incluso entra en remisión. Existen tratamientos alternativos para controlar los síntomas. Además, se deben incorporar hábitos de vida saludable para conseguir estrategias para afrontar dicha enfermedad.

A lo largo de este trabajo, se realizará una descripción general de la psoriasis, las principales causas que desencadenan la enfermedad, factores de riesgo y las posibles complicaciones.

Palabras Clave: *Piel, Enfermedad cutánea, Psoriasis*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La psoriasis es una enfermedad de la piel que causa manchas rojas y escamosas que pican sobre todo en las rodillas, codos, tronco y el cuero cabelludo.

Es una enfermedad muy común y de larga duración, es decir, crónica y que no tiene cura. Suele evolucionar con brotes que duran semanas o meses y que después disminuye o incluso entra en remisión. Existen tratamientos alternativos, no para curarla, si no para controlar los síntomas. Además, se deben incorporar hábitos de vida saludable para conseguir estrategias para afrontar dicha enfermedad.

La psoriasis comienza a la edad entre 15 y 35 años a medida que la persona envejece, no es contagiosa y no se transmite de una persona a otra. La psoriasis parece transmitirse de padres a hijos. Las células cutáneas normales crecen en la parte profunda de la piel y suben hasta la superficie aproximadamente una vez al mes, cuando una persona tiene psoriasis este proceso ocurre cada 14 días en lugar de cada 4 semanas. Esto da resultado por la acumulación de células muertas en la superficie de la piel formando una acumulación de escamas.

Los siguientes factores pueden desencadenar un ataque de psoriasis o hacer que sea más difícil de tratar:

- Infecciones bacterianas o virales.
- Aire o piel secos.
- Lesión en la piel. (quemaduras, picaduras de insectos y otras erupciones cutáneas.).
- Algunos medicamentos como, por ejemplo, los beta-bloqueadores.
- El estrés.
- Muy poca luz solar.
- Demasiada luz solar.

La psoriasis puede ser peor en personas con un sistema inmunitario debilitado.

Objetivos:

• Descripción general de psoriasis.

• Principales causas que desencadenan o agravan la enfermedad.

• Exposición de factores de riesgo y sus posibles complicaciones.

Metodología:

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de Pubmed, Medline y Dialnet y Google Académico seleccionando artículos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Resultados:

Los signos y síntomas de la psoriasis pueden variar de una persona a otra, los signos y síntomas más comunes suelen ser los siguientes:

- Parches de piel rojiza cubiertos de escamas gruesas y plateadas.

- Pequeños puntos escamados.

- Piel seca y agrietada que puede sangrar o picar.

- Picazón, ardor o irritación.

- Uñas engrosadas, picadas y acanaladas.

- Articulaciones inflamadas y rígidas.

Las manchas de psoriasis pueden ir desde unos pocos puntos de escamas similares a la caspa hasta a erupciones importantes que abarcan zonas grandes.

Las áreas más afectadas suelen ser: la espalda, lumbar, los codos, las rodillas, las piernas, las plantas de los pies, el cuero cabelludo y las palmas de las manos.

La mayoría de los tipos de psoriasis tienen tipo, con brotes que duran de semanas a meses y luego pueden disminuir e incluso remitir.

Se pueden diferenciar distintos tipos de psoriasis:

• Psoriasis en placa: esta psoriasis es la forma más frecuente y produce parches secos, elevados y rojos, y están cubiertos de escamas plateadas. Las placas pueden picar o ser sensibles. Puede aparecer en los codos, rodillas y espalda.

• Psoriasis en las uñas: afecta a las uñas de las manos y pies, provocando un crecimiento anormal y cambio de color. Las uñas psoriásicas pueden aflojarse y separarse del lecho ungueal.

• Psoriasis en gota: este tipo afecta principalmente a niños y adultos jóvenes. Se desencadena por una infección bacteriana. Viene marcada por pequeñas lesiones en forma de gota.

• Psoriasis inversa: afecta principalmente a los pliegues de las inglés, glúteos y senos. Provoca parches sueves de piel que empeoran con la fricción y la sudoración.

• Psoriasis pustulosa: esta forma causa lesiones claramente definidas y llenas de pus, apareciendo en las palmas de las manos o pies.

La principal causa de la psoriasis es el sistema inmunitario, sobre todo en la psoriasis de tipo placas.

No está claramente probado que el sistema inmunitario sea el causante total de ello, también la genética y los factores ambientales juegan un importante papel, por ello cabe destacar que existe una serie de factores medioambientales muy comunes en la psoriasis como es el clima, fumar, el consumo excesivo de alcohol y ciertos medicamentos.

Dentro de las principales complicaciones de la psoriasis, una de las más importantes que podemos destacar, es la artritis psoriásica, la obesidad y algo también muy importante que son las afecciones de salud mental, como es la baja autoestima y la depresión.

Conclusiones:

La psoriasis es una enfermedad de la piel que causa manchas rojas y escamosas que pican, sobre todo en las rodillas, codos y cuero cabelludo. Se le puede considerar una enfermedad crónica. Según su forma de evolución se pueden diferenciar distintos tipos de psoriasis, siendo una de las más graves la artritis psoriásica.

Cualquier persona puede desarrollar psoriasis, empezando su desarrollo en la edad pediátrica existiendo tres factores que pueden aumentar su riesgo:

• Antecedentes familiares: el hecho de que uno de los padres posea psoriasis puede aumentar el riesgo de contagio hereditario.

• Estrés: el estrés puede aumentar el riesgo del sistema inmunitario y favorece en el desarrollo de la psoriasis.

• Tabaquismo: fumar tabaco no solo aumenta el riesgo de tener psoriasis, si no que aumenta la gravedad de la enfermedad.

Bibliografía

1.- Ferrándiz, C. (1996). “Dermatosis editematoescamosas (1). Psoriasis. Eritrodermias.” Dermatología clínica. Madrid: MMI Elsevier España, S.A. ISBN 84-8174-537-5.

2.- Ramírez, LC; Velásquez, MM. (2015). “Aspectos de la II-17 en la inmunopatogénesis de la psoriasis: Un nuevo blanco terapéutico. Rev Asoc Colomb Dermatol 23. (1 de enero-marzo): 61-68. Archivado desde el 8 de octubre de 2015. Consultado el 6 de octubre del 2015.

3.- Armstrong AW, Siegel MP, Bagel J, et al. From the Medical Board of the National Psoriasis Foundation: treatment targets for plaque psoriasis. J Am Acad Dermatol. 2017;76(2):290-298. PMID: 27908543 pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27908543/.

4. - Dinulos JGH. Psoriasis and other papulosquamous diseases. In: Dinulos JGH, ed. Habif's Clinical Dermatology. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2021: chap 8.

5. - Lebwohl MG, van de Kerkhof P. Psoriasis. In: Lebwohl MG, Heymann WR, Coulson IH, Murrell DF, eds. Treatment of Skin Disease. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2022: chap 210.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 4

¿Tod@s sentimos igual?

Martínez Vera, Miriam
Irache Ferrández, Ana Rosa

¿TOD@S SENTIMOS IGUAL?

Miriam Martínez Vera. Enfermera
Ana Rosa Irache Ferrández. Matrona
Zaragoza, Sector III

INTRODUCCIÓN

Durante el 2020 fue inevitable sentir miedo. Todos nos enfrentábamos a un gran desconocido que además de cambiar nuestra forma de vida nos obligó a modificar nuestra forma de trabajo enfermero. Diversos estudios realizados a lo largo de ese año concluyen que los sentimientos más comunes fueron el miedo, la angustia y la preocupación, todos ellos de expresados de manera predominante entre mujeres ¿Pero se perciben esas emociones de forma diferente si eres hombre o mujer? ¿Es la inteligencia emocional cuestión de género? Se puede deducir que en la expresión de las emociones influye el contexto sociocultural en el que estamos inmersos

OBJETIVOS

1. Analizar las emociones vividas en época COVID

2. Establecer relaciones entre cuidados de Enfermería, emociones y género



MATERIAL Y MÉTODO

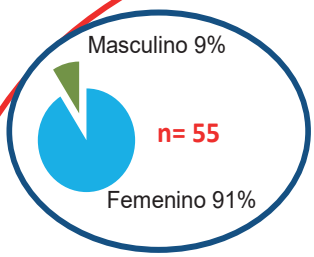
Estudio descriptivo de corte transversal

Unidad de enfermería con pacientes COVID +

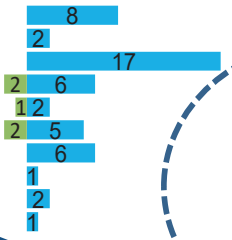
Abril 2021

Encuesta por WhatsApp

RESULTADOS



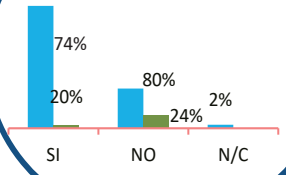
Miedo sentido – escala LIKERT



Las puntuaciones masculinas obtuvieron valores entre 5 y 7

26 de las 55 respuestas tenían valores de 8 o superior

Frustración en el ámbito laboral



LIMITACIONES

La distancia temporal minimiza las vivencias

La muestra no es representativa de la sociedad pero sí de la profesión de enfermería

CONCLUSIONES

1. Las preguntas relacionadas con las emociones obtuvieron valores diferentes entre hombres y mujeres

2. El miedo fue una emoción limitante

BIBLIOGRAFÍA

1. JBORIA, A. La cultura del miedo: el control de las emociones. Estud. - Cent. Estud. Av., Univ. Nac. Córdoba [online]. 2020. n.43 .09-14.

2. Sánchez Núñez M. T, Fernández-Berrocal P, Montañés Rodríguez J, , Latorre Postigo J. M. ¿Es la inteligencia emocional una cuestión de género? Socialización de las competencias emocionales en hombres y mujeres y sus implicaciones. Electronic Journal of Research in Educational Psychology [Internet]. 2008;6(2):455-474.

3. Saucedo Fernández M, Díaz Perera JJ, Salinas Padilla HA, Jiménez Izquierdo S. Inteligencia emocional; cuestión de género. bol.redipe [Internet]. 1 de mayo de 2019 [citado 2 de junio de 2023];8(5):158-67.

4. Johnson, MC., Saletti-Cuesta, L., Tumas, N., Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19. Argentina.Ciência & Saúde Coletiva, 25(Ciênc. saúde coletiva, 2020 25 suppl 1): 2447–2456.

SATSE

Resumen:

- OBJETIVOS:

1.Analizar las emociones vividas en época COVID

2. Establecer relaciones entre los cuidados de Enfermería, las emociones y el género

- MATERIAL Y MÉTODO: Un estudio piloto sobre emociones, cuidados de enfermería y género en una unidad con pacientes COVID positivo. Se elaboró una encuesta y se distribuyó mediante WhatsApp.

- RESULTADOS:
Las preguntas en relación al miedo y los sentimientos de frustración obtuvieron resultados diferentes entre hombres y mujeres evidenciando una vivencia más alta en mujeres.

- CONCLUSIONES:
Las preguntas relacionadas con las emociones obtuvieron valores diferentes entre hombres y mujeres.

Palabras clave: *miedo, enfermería, COVID-19*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El cuidado es la función básica de la profesión enfermera. Entendemos el cuidado como la acción de cuidar, de asistir, guardar o conservar. Ahora bien, la investigación arroja que la noción de cuidado tiene varios sentidos y, por tanto, resulta polémica. Encontramos que éste es concebido como el ejercicio de velar por otro, de proteger al otro, de relacionarse de forma respetuosa. El cuidado se transforma en un estereotipo de género que lleva a las mujeres, en el espacio de trabajo, a una sobrecarga laboral.1

Durante el 2020 todos nos enfrentábamos a un gran desconocido que además de cambiar nuestra forma de vida nos obligó a modificar nuestra forma de trabajo enfermero. La COVID 19 azotó a toda la humanidad y era inevitable sentir miedo al contagio y a la muerte.

¿Pero se perciben las emociones de forma diferente si eres hombre o mujer? ¿Es la inteligencia emocional cuestión de género? La bibliografía afirma que las emociones y los afectos son construcciones sociales marcadas a lo largo de la historia y situadas con contextos sociales particulares 2. Por tanto, se puede deducir que en la expresión de las emociones influye el contexto sociocultural en el que estamos inmersos. En el momento actual es preciso preguntarse si el género puede influir en la profesión y en el desarrollo de los cuidados y llevar a cabo estudios en los que las relaciones humanas y la subjetividad jueguen un papel importante. Se ha afirmado desde hace mucho tiempo, y aún pervive en la actualidad, que las mujeres suelen ser emocionalmente más expresivas que los varones, que tienen una mayor compresión de las emociones y que suelen mostrar mayor habilidad en ciertas competencias interpersonales debido, seguramente, a una socialización más en contacto con los sentimientos y sus matices.

Las emociones son reacciones subjetivas a nuestro entorno por tanto son un reflejo de quienes somos y de cómo nos sentimos y en función de eso actuamos de una determinada manera, así mismo de como enfrentamos el día a día. Sin embargo, aunque la emoción afecta a todos, hombre o mujer, se responde de diferente manera. Es sin duda, la educación de género que se recibió en casa, dentro de la familia, la que tiene mucho que ver en la forma de cómo reaccionamos, las prioridades que establecemos en función de nuestro sexo4.

Diversos estudios realizados a lo largo del año 2020 sobre la pandemia concluyen que los sentimientos más comunes entre los profesionales sanitarios fueron el miedo, la incertidumbre y la preocupación. Cabe destacar que los sentimientos de Incertidumbre, Miedo, Responsabilidad y Angustia, que constituyen las expresiones más relevantes entre las personas participantes, se manifestaron con mayor preeminencia entre las mujeres5.

Es necesario, dada la situación actual, aplicar un enfoque de género en las investigaciones en cuidados disgregados por sexo para tomar conciencia y construir una sociedad equilibrada donde exista la igualdad de derechos y oportunidades para mujeres y hombres.

Objetivos:

1. Establecer relaciones entre los cuidados de Enfermería, las emociones y el género

2. Analizar las emociones vividas en época COVID

Metodología:

Estudio de corte transversal descriptivo realizado en una unidad de enfermería (pacientes COVID SARM positivos) de un hospital de tercer nivel a lo largo del mes de abril de 2021. Los datos fueron recogidos a través de un cuestionario diseñado para el estudio elaborando una encuesta con 11 preguntas en relación con las emociones, los cuidados de enfermería y el género en la plataforma Google forms. Se pasó mediante la supervisora al grupo de WhatsApp de la unidad. Los datos se pasaron a una hoja Excel.

Resultados:

La muestra estuvo formada por la totalidad de los trabajadores de la unidad (n=55) formada por personas con edades comprendidas entre 20 y 64 años, siendo la media 42.4. El porcentaje femenino (90,9%) es mayor que el masculino (9,1%). En la pregunta sobre sentimientos de frustración en el ámbito laboral al no poder desarrollar el trabajo con normalidad el 74% de las respuestas femeninas fueron afirmativas frente a un 20% de las respuestas masculinas. En las respuestas negativas los porcentajes cambiaron, el 24% del sexo femenino frente al 80% del sexo masculino. Por otro lado cuantificaron el miedo sentido en una escala LIKERT de 10 puntos donde 1 era el valor más bajo y 10 el más alto que pudieron sentir. Las puntuaciones masculinas se situaron en valores entre 5 y 7 mientras que 26 de las 55 respuestas tuvieron valores de 8 y superior (47%).

· Limitaciones

La realización de estudios en los primeros meses del año 2020 fue imposible debido a las dimensiones de la pandemia

Conclusiones:

Las preguntas relacionadas con las emociones obtuvieron valores diferentes entre mujeres y hombres.

El miedo fue una emoción limitante durante la pandemia.

Bibliografía

1.- Rodríguez AMR, Leongomez MV, Suarez CAA. Mujeres y cuidado: disputas y negociaciones en el espacio académico. Cad. pesqui. [online]. 2020; 50(178): 981-999. https://doi.org/10.1590/198053147001

2.- Boria, a. La cultura del miedo: el control de las emociones. Estud. - cent. estud. av., univ. nac. córdoba [online]. 2020; 43: 09-14.

https://doi.org/10.31050/re.vi43.27946

3.- Sánchez Núñez MT, Fernández-Berrocal P, Montañés Rodríguez J, , Latorre PostigoJ M. ¿Es la inteligencia emocional una cuestión de género? Socialización de las competencias emocionales en hombres y mujeres y sus implicaciones. Electronic journal of research in educational psychology [internet]. 2008; 6(2):455-474. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293121924011

4. - Saucedo Fernández M, Díaz Perera JJ, Salinas Padilla HA, Jiménez Izquierdo S. Inteligencia emocional; cuestión de género. bol.redipe [internet]. 1 de mayo de 2019;8(5):158-67. https://revista.redipe.org/index.php/1/article/view/745

5.- Johnson MC., Saletti-Cuesta L, Tumas N, Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19. Argentina.ciência & saúde coletiva. 2020; 25 (1): 2447–2456

https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10472020

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 5

“Uso de sutura de grapas vs sutura de hilo en servicios de urgencias”

Núñez Sánchez- Migallón, Ana Belén
Piqueras Crespo, Lourdes
Lara Lozano, Elena
García- Muñoz López Menchero, Diana
Moreno Delgado, Tania

USO DE SUTURA DE GRAPAS VS SUTURA DE HILO EN SERVICIOS DE URGENCIAS

Ana Belén Núñez Sánchez- Migallón; Lourdes Piqueras Crespo; Elena Lara Lozano; Diana García- Muñoz López Menchero; Tania Moreno Delgado.

INTRODUCCIÓN

Las heridas traumáticas representan una de las principales razones de consulta en las unidades de urgencias y puntos de atención continuada, constituyendo entre el 20% y el 32% del total de asistencias. Estas heridas pueden ser causadas por diversas circunstancias, siendo las más comunes los accidentes de tráfico, accidentes domésticos y laborales. Sin embargo, también se tiene en cuenta otras causas como caídas, autolisis, agresiones físicas, así como accidentes deportivos, industriales y agrícolas, entre otros.

En términos de ubicación anatómica, los miembros superiores, la zona abdominal y la cara son las regiones más afectadas por las heridas traumáticas. Al evaluar los rangos de edad, se observa que los niños son los más propensos a sufrir accidentes domésticos, caídas o golpes. Por otro lado, los adultos menores de 40 años son el grupo más afectado en general, principalmente debido a accidentes de tráfico y laborales. También es importante destacar que los ancianos institucionalizados y aquellos con problemas de movilidad presentan un alto riesgo de caídas y golpes.

OBJETIVOS

-Identificar el método de elección ideal para suturar
-Disminuir los efectos secundarios en relación a la elección del método de sutura
-Comparar costes y recursos en la sutura de heridas traumáticas.

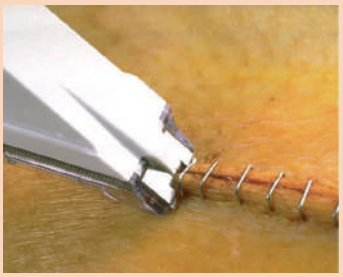
METODOLOGÍA

Se ha realizado una búsqueda sistemática en las bases de datos de enfermería y ciencias de la salud como PubMed, Scielo, y Cochrane incluyendo aquellos metaanálisis, guías de práctica clínica y revisiones sistemáticas posteriores al año 2012.

Se han usado como palabras claves las proporcionadas por el DeCS como: “Suturas” (Sutures), “Heridas y Lesiones” (Wounds and injuries), “Urgencias” (urgencies).

RESULTADOS

AUTORES	RESULTADOS
Lekin et al	Las grapas presentan un menor coste que las suturas de hilo y menor tiempo de asistencia
Hemming et al	Las grapas requieren menor tiempo de asistencia. No hay diferencias en relación a la infección de la zona, complicaciones o duración de la sutura entre ambas técnicas.
Xunta de Galicia	Las grapas requieren menor tiempo de asistencia y no producen reacción tisular. Recomiendan grapas en cuero cabelludo y sutura de hilo en el resto de zonas anatómicas.
Leyva Roderíguez et al	Suturas de hilo: recomiendan el uso de la aguja triangular ya que poseen bordes cortantes que permiten atravesar tejidos de elevada resistencia como la piel y el tejido subcutáneo. Grapas: Se recomiendan en cuero cabelludo porque son más resistentes y no producen reacción tisular.
Arribas Blanco, JM et al	Suturas de hilo: cierre más seguro, mínima tasa de dehiscencia, pero necesitan anestesia, más material y mayor tiempo de intervención. Grapas: Se recomiendan grapas en extremidad inferior y cuero cabelludo. Presentan menor reactividad y menos incidencia de infecciones. Pero hay que evitarlas en regiones donde vaya a realizarse TAC o RMN.





CONCLUSIÓN

Según la bibliografía consultada, se puede concluir que en el entorno de urgencias, el uso de grapas resulta más beneficioso en comparación con la sutura con hilo. Esto se debe a que las grapas presentan menos complicaciones al evitar la reacción tisular, además de requerir menos tiempo de asistencia y tener costos más bajos. Aunque el costo inicial de la grapadora es mayor que el de la sutura, no se necesita anestesia ni materiales adicionales para su aplicación, como porta-agujas, pinzas, bisturí o esterilización del material. En resumen, el uso de grapas se considera una opción más conveniente en términos de eficiencia, comodidad y costo en el contexto de las urgencias.

Resumen: *Dentro de los diferentes servicios de urgencias la sutura de heridas traumáticas es una de las principales razones de consulta por parte de los pacientes. Para llevar a cabo una buena práctica tenemos que ser conocedores de los diferentes materiales y técnicas de las que disponemos para así evitar efectos secundarios en el cierre de la herida y conseguir un buen resultado para el paciente tanto a nivel estético como funcional. Además, tenemos que conseguir que esta práctica tenga una mayor eficacia y eficiencia con los menores costes posibles para el sistema sanitario.*

Palabras Clave: *"Heridas y Lesiones" (Wounds and injuries), "Suturas" (Sutures), "Urgencias" (urgencies).*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Las heridas traumáticas representan una de las principales razones de consulta en las unidades de urgencias y puntos de atención continuada, constituyendo entre el 20% y el 32% del total de asistencias. Estas heridas pueden ser causadas por diversas circunstancias, siendo las más comunes los accidentes de tráfico, accidentes domésticos y laborales. Sin embargo, también se tiene en cuenta otras causas como caídas, autolisis, agresiones físicas, así como accidentes deportivos, industriales y agrícolas, entre otros.

En términos de ubicación anatómica, los miembros superiores, la zona abdominal y la cara son las regiones más afectadas por las heridas traumáticas. Al evaluar los rangos de edad, se observa que los niños son los más propensos a sufrir accidentes domésticos, caídas o golpes. Por otro lado, los adultos menores de 40 años son el grupo más afectado en general, principalmente debido a accidentes de tráfico y laborales. También es importante destacar que los ancianos institucionalizados y aquellos con problemas de movilidad presentan un alto riesgo de caídas y golpes.

Objetivos:

- Identificar el método de elección ideal para suturar
- Disminuir los efectos secundarios en relación a la elección del método de sutura
- Comparar costes y recursos en la sutura de heridas traumáticas.

Metodología:

Se ha realizado una búsqueda sistemática en las bases de datos de enfermería y ciencias de la salud como PubMed, Scielo, y Cochrane incluyendo aquellos metaanálisis, guías de práctica clínica y revisiones sistemáticas posteriores al año 2012.

Se han usado como palabras claves las proporcionadas por el DeCS como: "Suturas" (Sutures), "Heridas y Lesiones" (Wounds and injuries), "Urgencias" (urgencies).

Resultados:

En las Revisiones y Guías de Práctica Clínica (GPC) consultadas, se contempla tener en cuenta diversos aspectos para la elección del material de sutura ya que disponemos de gran variedad de materiales, como sutura de hilo, grapas, suturas adhesivas y adhesivos tisulares. Al igual que, en caso de usar sutura de hilo disponemos de gran variedad de tipos de aguja como por ejemplo agua recta o curvas, estás últimas permiten una mayor precisión. Pero también hay que tener en cuenta la sección de la aguja ya que puede ser triangular, cónica o espatulada. Teniendo en cuenta toda esta variedad nos gustaría destacar los beneficios de algunas de ellas según las revisiones y GPC consultadas:

1. Según Lekin et al: Las grapas presentan un menor coste que las suturas de hilo y menor tiempo de asistencia.

2. Según Hemming et al: Las grapas requieren menor tiempo de asistencia. No hay diferencias entre grapas o suturas de hilo en relación a la infección de la zona, complicaciones o duración de la sutura entre ambas técnicas.

3. Según Xunta de Galicia: Las grapas requieren menor tiempo de asistencia y no producen reacción tisular. Recomiendan grapas en cuero cabelludo y sutura de hilo en el resto de zonas anatómicas.

4. Según Leyva Rodríguez et al:

• Recomiendan el uso de la aguja triangular en las suturas de hilo, ya que poseen bordes cortantes que permiten atravesar tejidos de elevada resistencia como la piel y el tejido subcutáneo.

• Se recomiendan el uso de grapas en cuero cabelludo porque son más resistentes y no producen reacción tisular.

5. Según Arribas Blanco, JM et al:

• Las suturas de hilo presentan un cierre más seguro, mínima tasa de dehiscencia, pero necesitan anestesia, más material y mayor tiempo de intervención.

• Se recomiendan grapas en extremidad inferior y cuero cabelludo. Presentan menor reactividad y menos incidencia de infecciones. Pero hay que evitarlas en regiones donde vaya a realizarse TAC o RMN.

Conclusiones:

Según la bibliografía consultada, se puede concluir que, en el entorno de urgencias, el uso de grapas resulta más beneficioso en comparación con la sutura con hilo. Esto se debe a que las grapas presentan menos complicaciones al evitar la reacción tisular, además de requerir menos tiempo de asistencia y tener costos más bajos. Aunque el costo inicial de la grapadora es mayor que el de la sutura, no se necesita anestesia ni materiales adicionales para su aplicación, como porta-agujas, pinzas, bisturí o esterilización del material. En resumen, el uso de grapas se considera una opción más conveniente en términos de eficiencia, comodidad y costo en el contexto de las urgencias.

Bibliografía

1.- Leyva Rodríguez F. Heridas y Cicatrización en Enfermería. Servicio de cirugía plástica. Hospital La Paz. Meda Pharma, S.A. 2012 [https://www.ulceras.net/userfiles/files/guia%20Heridas%20y%20Cicatrices%20en%20enfermeria%20OK.pdf]

2.- Arribas Blanco, JM. Guía de cirugía menor. Fisterra. Revisión Agosto,2019. [https://www.fisterra.com/guias-clinicas/cirugia-menor-atencion-primaria/]

3.- Lekic N, Dodds SD. Suture Materials, Needles, and Methods of Skin Closure: What Every Hand Surgeon Should Know. J Hand Surg Am. 2022 Feb;47(2):160-171.e1. doi: 10.1016/j.jhsa.2021.09.019. Epub 2021 Nov 25. PMID: 34839964.

4.- Hemming K, Pinkney T, Futaba K, Pennant M, Morton DG, Lilford RJ. A systematic review of systematic reviews and panoramic meta-analysis: staples versus sutures for surgical procedures. PLoS One. 2013 Oct 7;8(10): e75132. doi: 10.1371/journal.pone.0075132. PMID: 24116028; PMCID: PMC3792070.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 6

A propósito de un Caso: Carcinoma queratinizante de Células escamosas

Merlo Ormeño, Alicia

A PROPÓSITO DE UN CASO: CARCINOMA QUERATINIZANTE DE CÉLULAS ESCAMOSAS

Merlo Ormeño , Alicia. Centro de Salud de Miguelturra (Ciudad Real)

INTRODUCCIÓN:

El cáncer cutáneo no melanoma representa la neoplasia maligna más frecuente que afecta a individuos de piel blanca y su incidencia está aumentando en todo el mundo. Dentro de este grupo el carcinoma espinocelular (CEC), también llamado carcinoma de células escamosas o carcinoma epidermoide, es la segunda neoplasia más frecuente, sólo por detrás del carcinoma basocelular. Constituye un tumor maligno de las células queratinizantes de la epidermis y sus anexos que afecta a la piel y a las mucosas que tienen epitelio escamoso estratificado y capacidad de queratinizar. El evento etiológico principal es la radiación ultravioleta que induce el daño del DNA de los queratinocitos, especialmente en las personas blancas.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Paciente de 92 años en seguimiento por Dermatología por múltiples lesiones cutáneas, sobre todo queratosis seborreíca en cara y cuello, es intervenido por presentar masa parotídea izquierda con múltiples nódulos metastásicos de carcinoma epidermoide y metástasis en una de las once adenopatías extraídas. Trascurridos unos meses de evolución, nueva aparición de metástasis supraclavicular de carcinoma espinocelular de piel. Incluyéndose en el programa de paliativos, enfermería procede a las curas diarias en domicilio, siendo la complicación mas recurrente y motivo de petición asistencial el sangrado y el mal olor de la lesión.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS:

Limpieza con suero fisiológico al 0,9 % de toda la zona, irrigando posteriormente metronidazol intravenoso y apósitos de alginato, añadiendo carbón activo con el incremento del olor más apósito secundario como Mepitel Border. Las zonas hemorrágicas se han tratado con adrenalina impregnada en gasas de forma local.

NANDA: Deterioro de la integridad cutánea. (00046)
Definición: Alteración de la epidermis y /o dermis.
Deterioro de la integridad cutánea relacionado con la intervención quirúrgica manifestado por la alteración de la integridad de la piel.
NOC:
Curación de la herida por primera intención. (1102)
Integridad tisular: piel y membranas mucosas. (1101)
NIC:
Vigilancia de la piel. (3590)
Cuidado de las heridas. (3660)
Cuidados de la piel: zona del injerto. (3583)
Control de infecciones. (6540)
NANDA: DOLOR AGUDO (00132)
Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o descrita en tales términos, inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración menor de seis meses.
NOC:
Satisfacción del paciente, manejo del dolor (30116).
Control del dolor (1605).
Conocimiento: manejo del dolor (1843)
NIC:
Asistencia en la analgésico controlada por el paciente (2400)
Manejo del dolor (1400)
Contacto terapéutico (50665)



DISCURSIÓN:

El carcinoma epidermoide o también conocido como carcinoma espinocelular, es el segundo cáncer de piel “no melanoma” más frecuente, siendo precedido por el carcinoma de células basales, el mismo se deriva de alteraciones a nivel de la epidermis específicamente de los queratinocitos, es un tumor que aparece generalmente en personas de edad avanzada, siendo más común en hombres que en mujeres, en una proporción de 2:1, apareciendo en aquellos lugares del cuerpo que se encuentran expuestos a los rayos ultravioletas.
La primera causa relacionada con la aparición de este tumor es la exposición directa a los rayos ultravioleta, siendo más frecuente en personas de piel blanca y pelo rubio, y secundariamente en aquellos pacientes inmunodeprimidos por tratamientos anteriores con radiaciones, poliquimioterapias, inmunosupresión secundaria post trasplantes.
La tasa general de curación para el carcinoma de células basales como para el carcinoma espinocelular está directamente relacionada con el estadio de la enfermedad.

CONCLUSIONES:

A pesar de que el carcinoma de células escamosas (epidermoide) se origina en partes blandas, como la piel, puede por infiltración llegar a afectar estructuras óseas, aunque se trata de una evolución de la enfermedad poco frecuente.

BIBLIOGRAFÍA

1 .Darias Domínguez C., Garrido Celis J. Carcinoma basocelular. Un reto actual para el dermatólogo. Rev Méd Electrón [Internet]. 2018 Ene- Feb [consultado 16 Nov 2020]; 40(1).

2. Torres VR, Camacho-Martínez FM, Charles M, González S, Jurado F. Dermatología Práctica Ibero Latinoamericana: atlas, enfermedades sistémicas asociadas y terapéutica. [Internet]. s/l: s/e; 2005 [consultado 20 de diciembre del 2014].

3. Urrego-Rivera F, Faura-Berruga C. Diagnóstico diferencial del carcinoma basocelular pigmentado. Revista Clínica de Medicina de Familia, vol. 8, núm. 2, 2015, pp. 166-170. Sociedad Castellano-Manchega de MFYC Albacete, España.

Resumen: *El carcinoma epidermoide es el segundo cáncer de piel "no melanoma" más frecuente, siendo precedido por el carcinoma de células basales, derivándose de alteraciones a nivel de la epidermis específicamente de los queratinocitos, siendo más frecuente en personas de edad avanzada. Presento el caso de un paciente, varón de 92 años al que realizamos curas diarias domiciliarias en la Zona Básica de Salud de Miguelturra que sufre un carcinoma queratizante de células escamosas o epidermoide metastásico en la zona supraclavicular en piel, incluido en el programa de enfermos paliativos.*

Palabras Clave: *Carcinoma queratinizante, Carcinoma espinocelular, NANDA, NOC, NIC.*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El cáncer cutáneo no melanoma representa la neoplasia maligna más frecuente que afecta a individuos de piel blanca y su incidencia está aumentando en todo el mundo. Dentro de este grupo el carcinoma espinocelular (CEC), también llamado carcinoma de células escamosas o carcinoma epidermoide es la segunda neoplasia más frecuente, sólo por detrás del carcinoma basocelular. Constituye un tumor maligno de las células queratinizantes de la epidermis y sus anexos que afecta a la piel y a las mucosas que tienen epitelio escamoso estratificado y capacidad de queratinizar. El evento etiológico principal es la radiación ultravioleta que induce el daño del DNA de los queratinocitos, especialmente en las personas blancas.

Observación clínica:

Paciente de 92 años en seguimiento por Dermatología por múltiples lesiones cutáneas, sobre todo queratosis seborreica en cara y cuello es intervenido por presentar masa parotídea izquierda con múltiples nódulos metastásicos de carcinoma epidermoide y metástasis en una de las once adenopatías extraídas. Trascurridos unos meses muestra aparición de metástasis supraclavicular de carcinoma espinocelular de piel. Incluyéndose en el programa de paliativos, enfermería procede a las curas diarias en domicilio, siendo la complicación más recurrente y motivo de petición asistencial por parte del paciente y su familia el sangrado y el mal olor de la lesión.

Plan de cuidados enfermeros:

Actualmente las curas se realizan de forma diaria, prevaleciendo ante todo la comodidad y bienestar de nuestro paciente, con agua y jabón de la zona perilesional, retirando los restos de secreciones, limpiando la lesión con suero fisiológico al 0.9%, e irrigando sobre la lesión metronidazol intravenoso con apósitos de alginato para controlar la carga bacteriana y apósito secundario de Mepitel Border. En los episodios que aumenta el olor procedemos a utilizar apósitos de carbón activo. Para el tratamiento de las hemorragias se ha optado por hacer hemostasia con gasas impregnadas en adrenalina solución inyectable de forma local.

NANDA: Deterioro de la integridad cutánea. (00046)

Definición: Alteración de la epidermis y /o dermis.

Deterioro de la integridad cutánea relacionado con la intervención quirúrgica manifestado por la alteración de la integridad de la piel.

NOC:

Curación de la herida por primera intención. (1102)

Integridad tisular: piel y membranas mucosas. (1101)

NIC:

Vigilancia de la piel. (3590)

Cuidado de las heridas. (3660)

Cuidados de la piel: zona del injerto. (3583)

Control de infecciones. (6540)

Para conseguir estos objetivos e intervenciones se realizarán las siguientes actividades: Proporcionar cuidados de enfermería y llevar a cabo la cura de la herida quirúrgica mediante los procedimientos adecuados.

NANDA: Dolor agudo (00132)

Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o descrita en tales términos, inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración menor de seis meses.

Dolor agudo relacionado con agentes lesivos (biológicos, químicos, físicos, psicológicos), manifestado por observación de evidencias de dolor, inquietud, llanto, irritabilidad, expresión verbal del mismo y expresión facial (ojos apagados, expresión abatida).

NOC:

Satisfacción del paciente, manejo del dolor (30116).

Control del dolor (1605).

Conocimiento: manejo del dolor (1843)

NIC:

Asistencia en el analgésico controlado por el paciente (2400)

Manejo del dolor (1400)

Contacto terapéutico (50665)

Para conseguir estos objetivos e intervenciones se realizarán las siguientes actividades: Explicar al paciente el tipo de dolor que puede tener y las características del mismo.

Ayudar a identificar el nivel del dolor, a través de la una valoración basada en la escala visual del dolor (EVA).

Explicar el tratamiento pautado y como administrarlo.

Ayudar al manejo del dolor con otras técnicas como la respiración y la relajación.

La evaluación del plan de cuidados es realizado por la enfermera de atención primaria, valorando si los objetivos planteados por el personal sanitario y el propio paciente han sido alcanzados, así como las intervenciones y actividades propuestas son idóneas para la consecución de los objetivos establecidos.

Discusión:

El carcinoma epidermoide o también conocido como carcinoma espinocelular, es el segundo cáncer de piel "no melanoma" más frecuente, siendo precedido por el carcinoma de células basales, el mismo se deriva de alteraciones a nivel de la epidermis específicamente de los queratinocitos, es un tumor que aparece generalmente en personas de edad avanzada, siendo más común en hombres que en mujeres, en una proporción de 2:1, apareciendo en aquellos lugares del cuerpo que se encuentran expuestos a los rayos ultravioletas.

La primera causa relacionada con la aparición de este tumor es la exposición directa a los rayos ultravioleta, siendo más frecuente en personas de piel blanca y rubias, y secundariamente en aquellos pacientes inmunodeprimidos por tratamientos anteriores con radiaciones, poliquimioterapias, inmunosupresión secundaria post trasplantes.

La tasa general de curación para el carcinoma de células basales como para el carcinoma espinocelular está directamente relacionada con el estadio de la enfermedad

Conclusiones:

A pesar de que el carcinoma de células escamosas (epidermoide) se origina en partes blandas, como la piel, puede por infiltración llegar a afectar estructuras óseas, aunque se trata de una evolución de la enfermedad poco frecuente.

Bibliografía

1.- Darias Domínguez C., Garrido Celis J. Carcinoma basocelular. Un reto actual para el dermatólogo. Rev Méd Electrón [Internet]. 2018 Ene- Feb [consultado 16 Nov 2020]; 40(1).

2.- Torres VR, Camacho-Martínez FM, Charles M, González S, Jurado F. Dermatología Práctica Ibero Latinoamericana: atlas, enfermedades sistémicas asociadas y terapéutica. [Internet]. 2005 [Consultado 20 de diciembre de 2014].

3.- Urrego-Rivera F, Faura-Berruga C. Diagnóstico diferencial del carcinoma basocelular pigmentado. Revista Clínica de Medicina de Familia, vol. 8, núm. 2, 2015, pp. 166-170. Sociedad Castellanomanchega de MFYC Albacete, España.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 7

A propósito de un caso: el infarto que no era infarto.

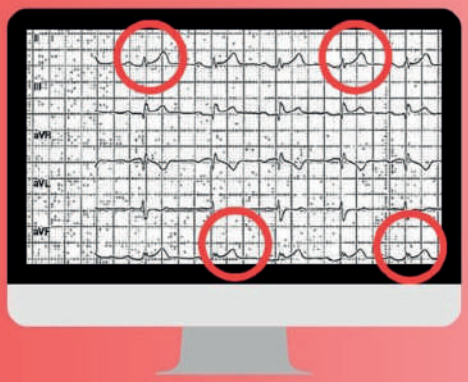
Ortiz Godoy, Ángela
Gallardo Mena, Emilia
Cruz Moreno, María

A PROPÓSITO DE UN CASO: EL INFARTO QUE NO ERA INFARTO



INTRODUCCIÓN

El 26,4% de las defunciones en el año 2021 se debieron a enfermedades del sistema circulatorio. Debido a su elevada prevalencia la patología cardiovascular es motivo de consulta frecuente en ambos niveles asistenciales. El síndrome coronario agudo y en concreto el infarto agudo de miocardio son patologías que cuentan con protocolos estandarizados en todos los sistemas sanitarios, es lo que conocemos como "código infarto"



OBSERVACIÓN CLÍNICA

Paciente de 31 años que acude a punto de atención continuada de atención primaria por dolor continuo no mecánico de 2h de evolución que no permite el sueño. Antecedentes personales: diabetes mellitus tipo I desde los 15 años, sobrepeso, patrón de Brugada tipo I espontaneo asintomático, no alergias conocidas.Se realiza primera valoración, toma de constantes y electrocardiograma.

Tonos cardíacos rítmicos a 60 lpm
Murmullo vesicular normal
No dolor a la palpación torácica.
ECG: 50 lpm, ascenso ST DII, DIII, aUF.
Tensión arterial: 124\87
El tratamiento actual del paciente es:
- glucagen hypokit (si precisa)
- forxiga 10 mg
- fiasp 100 unidades\ml flextouch
- toujeo 300 unidades\ml solostar





Traslado al servicio de urgencias hospitalarias, donde se activa el "código infarto "tras valoración por cardiólogo de guardia y derivación a hospital de referencia para hemodinámica con unidad móvil medicalizada.
Se realiza coronariografía por vía arterial radial derecha , sin hallazgos y posteriormente se realiza resonancia cardiaca
Diagnóstico: miopericarditis



PLAN DE CUIDADOS

00004 RIESGO DE INFECCION.

NOC
1842 Conocimiento: Control de la infección.
NIC
2440 Mantenimiento de los dispositivos de acceso uenoso.
6540 Control de infecciones.
6680 Monitorización de los signos vitales.

00043 PROTECCIÓN INEFICAZ.

NOC
0307 Autocuidados: medicación no parenteral.
0409 Coagulación sanguínea.
NIC
1800 Ayuda en autocuidado.
2380 Manejo de la medicación.

00200 RIESGO DE DISMINUCIÓN DE LA PERFUSIÓN DEL TEJIDO CARDÍACO

NOC
0007 Nivel de fatiga.
0400 Efectividad de la bomba cardiaca.
0405 Perfusión tisular: cardiaca.
NIC
4044 Cuidados cardíacos: agudos.
4090 Manejo de la disritmia.
4150 Regulación hemodinámica.

00132 DOLOR AGUDO.

NOC
1605 Control del dolor.
NIC
1400 Manejo del dolor
2210 Administración de analgésicos.
4044 Cuidados cardiacos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El trabajo por protocolos de actuación facilita y mejora la asistencia sanitaria en patologías de elevada incidencia y con procedimiento de actuación definido y estandarizado. El diagnostico diferencial es fundamental en patologías que comparten sintomatología. En nuestro caso se llegó al diagnóstico tras descartar otra patología con las consiguientes intervenciones para ello. La actuación de enfermería es fundamental en todo el proceso, y en todas las esferas del paciente, biopsicosocial , como refleja el plan de cuidados.

Autores

ORTIZ GODOY, A.
GALLARDO MENA, E.
CRUZ MORENO, M.

SATSE

Resumen: *El 26,4% de las defunciones en el año 2021 se debieron a enfermedades del sistema circulatorio. Debido a su elevada prevalencia la patología cardiovascular es motivo de consulta frecuente en ambos niveles asistenciales. Se expone un caso de paciente con diagnóstico de síndrome coronario agudo con intervención rápida según código infarto que presenta una patología no isquémica, y la adecuación de un plan de cuidados de enfermería en esa situación.*

Palabras Clave: *Infarto de miocardio inferior, Pericarditis, Procesos Hemodinámicos*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El 26,4% de las defunciones en el año 2021 se debieron a enfermedades del sistema circulatorio. Debido a su elevada prevalencia la patología cardiovascular es motivo de consulta frecuente en ambos niveles asistenciales. El síndrome coronario agudo y en concreto el infarto agudo de miocardio son patologías que cuentan con protocolos estandarizados en todos los sistemas sanitarios, es lo que conocemos como “código infarto”

Observación clínica:

Paciente de 31 años que acude a punto de atención continuada de atención primaria por dolor continuo no mecánico de 2h de evolución que no permite el sueño. Antecedentes personales: diabetes mellitus tipo I desde los 15 años, sobrepeso, patrón de Brugada tipo I espontaneo asintomático, no alergias conocidas.

Se realiza primera valoración, toma de constantes y electrocardiograma.

Tonos cardíacos rítmicos a 60 lpm

Murmullo vesicular normal

No dolor a la palpación torácica.

ECG: 50 lpm, ascenso ST DII, DIII, aVF.

Tensión arterial: 124/87 El tratamiento actual del paciente es:

- glucagen hypokit (si precisa)

- forxiga 10 mg

- fiasp 100 unidades/ml flextouch

- toujeo 300 unidades/ml solostar

Se decide traslado al servicio de urgencias hospitalarias, donde se activa el “código infarto “tras valoración por cardiólogo de guardia.

Se realiza derivación a hospital de referencia para hemodinámica con unidad móvil medicalizada.

Se realiza coronariografía por vía arterial radial derecha sin complicaciones: arterias coronarias con dominancia derecha, sin anomalías en su salida ni enfermedad coronaria angiográficamente significativas.

Se realiza resonancia cardiaca que confirma la presencia de un realce de tipo no isquémico, de localización subepicárdica, localizada en segmento anterior, anterolateral inferolateral e inferior basal y medio, que coinciden con las zonas donde visualizamos edema intramiocárdico, y que respeta el subendocardio en todo momento, y con una afectación del 17% de la masa ventricular izquierda global, que indican áreas de fibrosis secundaria a Miocarditis aguda.

Diagnóstico: miopericarditis

El paciente permanece ingresado en unidad de cuidados críticos coronarios 6 días hasta el alta con buena evolución.

Plan de cuidados enfermeros:

Se realiza valoración según los patrones funcionales de Marjory Gordon, que determinaron los diagnósticos, noc y nic siguientes:

00004 RIESGO DE INFECCION.

NOC

1842 Conocimiento: Control de la infección.

NIC

2440 Mantenimiento de los dispositivos de acceso venoso.

6540 Control de infecciones.

6680 Monitorización de los signos vitales.

00043 PROTECCIÓN INEFICAZ.

NOC

0307 Autocuidados: medicación no parenteral.

0409 Coagulación sanguínea.

NIC

1800 Ayuda en autocuidado.

2380 Manejo de la medicación.

00200 RIESGO DE DISMINUCIÓN DE LA PERFUSIÓN DEL TEJIDO CARDÍACO

NOC

0007 Nivel de fatiga.

0400 Efectividad de la bomba cardiaca.

0405 Perfusión tisular: cardiaca.

NIC

4044 Cuidados cardíacos: agudos.

4090 Manejo de la disritmia.

4150 Regulación hemodinámica.

00132 DOLOR AGUDO.

NOC

1605 Control del dolor.

NIC

1400 Manejo del dolor

2210 Administración de analgésicos.

4044 Cuidados cardiacos.

00147 ANSIEDAD ANTE LA MUERTE.

NOC

1302 Afrontamiento de problemas.

NIC

4920 Escucha activa.

5420 Apoyo espiritual.

Discusión y Conclusiones:

El trabajo por protocolos de actuación facilita y mejora la asistencia sanitaria en patologías de elevada incidencia y con procedimiento de actuación definido y estandarizado. El diagnostico diferencial es fundamental en patologías que comparten sintomatología. En nuestro caso se llegó al diagnóstico tras descartar otra patología con las consiguientes intervenciones para ello. La actuación de enfermería es fundamental en todo el proceso, y en todas las esferas del paciente, biopsicosocial, como refleja el plan de cuidados.

Bibliografía

1.- Andrés B, Portales F, Lara G, Montaño G, Concepción M, Delgado J, et al. Ses.es. [citado el 21 de mayo de 2023]. Disponible en: https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/Principal/C%C3%B3digos%20Para%20Patolog%C3%ADas%20de%20Atenci%C3%B3n%20Urgente/C%C3%B3digo%20Infarto/CodInEx.pdf

2.- NANDA. DIAGNOSTICOS ENFERMEROS. DEFINICIONES Y CLASIFICACION 2021-2023 [Internet]. Librería Médica. [citado el 21 de mayo de 2023]. Disponible en: https://libreriamedica.es/inicio/12919-nanda-diagnosticos-enfermeros-definiciones-y-clasificacion-2021-2023-9788413821276.html

3.- de Murcia C de SR. Murciasalud. Síndrome de Brugada [Internet]. Murciasalud.es. [citado el 13 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.murciasalud.es/pagina.php?id=84083&idsec=1617

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 8

Abordaje de enfermería del paciente psiquiátrico: A propósito de un caso.

Polo Oliver, Ana
Velasco Gijón, Isabel María
Vela Meco, Cristina



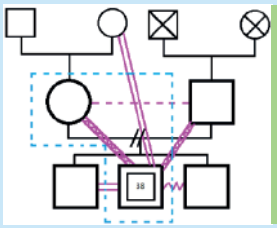
Abordaje de enfermería del paciente psiquiátrico: A propósito de un caso.

SATSE

AUTORAS: Polo Oliver, Ana / Velasco Gijón, Isabel María / Vela Meco, Cristina

INTRODUCCIÓN:

En la actualidad, la patología psiquiátrica está altamente estigmatizada, ya que se relaciona con creencias de desvalorización y discriminación hacia la persona. En la mayoría de los casos las situaciones tienen gran complejidad, ya que se encuentra comprometida la esfera bio-psico-social en su totalidad.



APGAR familiar. Puntuación obtenida: 243 Asociada a manifestaciones psicosociales

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO:

Taxonomía NANDA:

Principales diagnósticos de enfermería:

- Afrontamiento ineficaz (00069)
- Ansiedad (00146)
- Deterioro de la interacción social (00052)

Objetivos NOC:

1302-Afrontamiento de problemas
2801-Control del riesgo social: enfermedad crónica
1402-Autocontrol de la ansiedad
1815-Conocimiento: funcionamiento sexual de los impulsos
0004-Sueño

Intervenciones NIC:

5820-Disminución de la ansiedad
4370-Entrenamiento para controlar los impulsos
4356-Manejo de la conducta: sexual
5606-Enseñanza: individual
5880-Técnica de relajación
6610-Identificación de riesgos
5400-Potenciación de la autoestima
4362-Modificación de la conducta: habilidades sociales.

OBSERVACIÓN CLÍNICA:

Paciente de 38 años que acude al servicio de urgencias acompañado de su madre por insomnio de 5 días de evolución y "sintomatología depresiva". No hay antecedentes personales de interés. Mantiene un consumo irregular de cannabis y ocasional de alcohol. Es autónomo para las ABVD. Para las AIVD, está estable, aunque cuando padece crisis, se encuentra desbordado y realiza gastos excesivos de dinero.

Exploración psicopatológica: Consciente, poco abordable y poco colaborador. Ánimo disfórico con heteroagresividad verbal hacia personas y física hacia objetos. Alucinaciones auditivas y visuales. Soliloquios. Ideación delirante de perjuicio y ruina. Juicio de realidad alterado. No ideación autolítica.

Situación personal y familiar: El paciente es informático, ha trabajado durante 5 años en una empresa en Londres. Durante la pandemia de covid-19, empezó a teletrabajar, eso hizo que se aislara en casa y aumentaran sus niveles de estrés. Por lo tanto, permaneció 3 meses ingresado en Inglaterra en una unidad de psiquiatría.

En septiembre de 2021 se traslada de nuevo a España, ya que se encuentra estabilizado. Tras ello, quiere retomar su anterior vida en Inglaterra, se va 10 días para buscar trabajo; al no contratarlo, no encuentra piso, y vuelve muy desanimado a España. En el último mes la madre lo nota cada vez más triste. Realiza algún consumo ocasional de alcohol y se muestra muy irritable con sus familiares. Comienza a estar alterado, apenas duerme y lo han visto hablando solo (soliloquios).

Los padres están divorciados, y la relación con el padre es ocasional. Tiene dos hermanos, y acerca del menor, el paciente refiere que su madre siempre ha fomentado "una excesiva rivalidad por el éxito académico y profesional"

En cuanto a la actitud frente a su enfermedad, se encuentra disconforme acerca de ingresar en la unidad de hospitalización breve (UHB), por lo que se realiza ingreso involuntario. Se muestra agresivo, desafiante, con actitud hostil y amenazante, niega "que haya pasado algo"; refiere que "a él no le pasa nada". Comenta la relación ambivalente en la convivencia con su madre por su necesidad de dependencia, y que es "antinatural" convivir con padres a su edad. Se siente muy culpable por el comportamiento disruptivo que ha manifestado durante su ingreso; Cuando está estable, existe cumplimentación a nivel basal del tratamiento, y existe un estado de contemplación de la enfermedad (aunque ésta es nula en epicrisis).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

Es muy llamativa la gran cantidad de factores estresantes que están presentes en su vida diaria. Encontramos muy afectadas las esferas psicológica y social del paciente. A pesar de que durante el ingreso se observa mejoría de la sintomatología psicótica, se hace presente su incapacidad, aunque él mismo lo minimiza.

Tras el análisis detallado de este caso clínico y el planteamiento del plan de cuidados, queda reflejada la importancia de la atención psicosocial en los pacientes con problemas de salud mental. Como profesionales sanitarios, debemos prestar especial atención en el modelaje de la conducta y en el fortalecimiento de habilidades sociales para lograr la reinserción social. La utilización de la metodología enfermera nos permite actuar y planificar unos cuidados individualizados, dirigiendo nuestras intervenciones para lograr el máximo bienestar físico, mental y social de la persona.

Resumen: *En la actualidad, la patología psiquiátrica está altamente estigmatizada, ya que se relaciona con creencias de desvalorización y discriminación hacia la persona. En la mayoría de los casos las situaciones tienen gran complejidad, ya que se encuentra comprometida la esfera bio-psico-social en su totalidad. Como profesionales sanitarios, debemos prestar especial atención en el modelaje de la conducta y en el fortalecimiento de habilidades sociales para lograr la reinserción social. La utilización de la metodología enfermera nos permite actuar y planificar unos cuidados individualizados, dirigiendo nuestras intervenciones para lograr el máximo bienestar físico, mental y social de la persona.*

Palabras Clave: *Salud mental, Trastorno bipolar, Salud holística*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

En la actualidad, la patología psiquiátrica está altamente estigmatizada, ya que se relaciona con creencias de desvalorización y discriminación hacia la persona. En la mayoría de los casos las situaciones tienen gran complejidad, ya que se encuentra comprometida la esfera bio-psico-social en su totalidad.

Observación clínica:

Paciente de 38 años que acude al servicio de urgencias acompañado de su madre por insomnio de 5 días de evolución y “sintomatología depresiva”. No hay antecedentes personales de interés. Mantiene un consumo irregular de cannabis y ocasional de alcohol. Es autónomo para las ABVD. Para las AIVD, está estable, aunque cuando padece crisis, se encuentra desbordado y realiza gastos excesivos de dinero.

Exploración psicopatológica: Consciente, poco abordable y poco colaborador. Ánimo disfórico con heteroagresividad verbal hacia personas y física hacia objetos. Alucinaciones auditivas y visuales. Soliloquios. Ideación delirante de perjuicio y ruina. Juicio de realidad alterado. No ideación autolítica.

Situación personal y familiar: El paciente es informático, ha trabajado durante 5 años en una empresa en Londres. Durante la pandemia de covid-19, empezó a teletrabajar, eso hizo que se aislara en casa y aumentaran sus niveles de estrés. Por lo tanto, permaneció 3 meses ingresado en Inglaterra en una unidad de psiquiatría.

En septiembre de 2021 se traslada de nuevo a España, ya que se encuentra estabilizado. Tras ello, quiere retomar su anterior vida en Inglaterra, se va 10 días para buscar trabajo; al no contratarlo, no encuentra piso, y vuelve muy desanimado a España. En el último mes la madre lo nota cada vez más triste. Realiza algún consumo ocasional de alcohol y se muestra muy irritable con sus familiares. Comienza a estar alterado, apenas duerme y lo han visto hablando solo (soliloquios).

Los padres están divorciados, y la relación con el padre es ocasional. Tiene dos hermanos, y acerca del menor, el paciente refiere que su madre siempre ha fomentado “una excesiva rivalidad por el éxito académico y profesional”.

En cuanto a la actitud frente a su enfermedad, se encuentra disconforme acerca de ingresar en la unidad de hospitalización breve (UHB), por lo que se realiza ingreso involuntario. Se muestra agresivo, desafiante, con actitud hostil y amenazante, niega "que haya pasado algo"; refiere que "a él no le pasa nada". Comenta la relación ambivalente en la convivencia con su madre por su necesidad de dependencia, y que es "antinatural" convivir con padres a su edad. Se siente muy culpable por el comportamiento disruptivo que ha manifestado durante su ingreso; Cuando está estable, existe cumplimentación a nivel basal del tratamiento, y existe un estado de contemplación de la enfermedad (aunque ésta es nula en epicrisis).

Impresión diagnóstica y diagnóstico diferencial: Trastorno afectivo bipolar VS Trastorno esquizoafectivo.

Plan de Cuidados Enfermero:

Taxonomía NANDA:

Principales diagnósticos de enfermería:

- Afrontamiento ineficaz (00069)
- Ansiedad (00146)
- Deterioro de la interacción social (00052)

Objetivos NOC:

1302-Afrontamiento de problemas

2801-Control del riesgo social: enfermedad crónica

1402-Autocontrol de la ansiedad

1815-Conocimiento: funcionamiento sexual de los impulsos

0004-Sueño

Intervenciones NIC:

5820-Disminución de la ansiedad

4370-Entrenamiento para controlar los impulsos

4356-Manejo de la conducta: sexual

5606-Enseñanza: individual

5880-Técnica de relajación

6610-Identificación de riesgos

5400-Potenciación de la autoestima

4362-Modificación de la conducta: habilidades sociales

Discusiones y Conclusiones:

Es muy llamativa la gran cantidad de factores estresantes que están presentes en su vida diaria. Encontramos muy afectadas las esferas psicológica y social del paciente. A pesar de que durante el ingreso se observa mejoría de la sintomatología psicótica, se hace presente su incapacidad, aunque él mismo lo minimiza.

Tras el análisis detallado de este caso clínico y el planteamiento del plan de cuidados, queda reflejada la importancia de la atención psicosocial en los pacientes con problemas de salud mental. Como profesionales sanitarios, debemos prestar especial atención en el modelaje de la conducta y en el fortalecimiento de habilidades sociales para lograr la reinserción social. La utilización de la metodología enfermera nos permite actuar y planificar unos cuidados individualizados, dirigiendo nuestras intervenciones para lograr el máximo bienestar físico, mental y social de la persona.

Bibliografía

1.- Suarez Cuba Miguel A., Alcalá Espinoza Matilde. APGAR FAMILIAR: UNA HERRAMIENTA PARA DETECTAR DISFUNCIÓN FAMILIAR. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2014 [citado 2023 Jun 14]; 20(1): 53-57.

2.- García-Blanco AC, Sierra P, Livianos L. Nosología, epidemiología y etiopatogenia del trastorno bipolar: Últimas aproximaciones. Psiquiatr Biológica. septiembre de 2014; 21(3):89-94.

3.- Arrieta M, Santos PM. Trastorno bipolar. Med - Programa Form Médica Contin Acreditado. octubre de 2019; 12 (86): 5052-66.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 9

Aceites esenciales, Efectivos o no efectivos como Antifúngicos

Adrián Vera, Esther
Sánchez Serrano, Ana María
Chico Vela, María del Carmen
Peinado Ortiz, Caridad
Benito Chicote, Natividad
Parreño Alcolado, María

SATSE

ACEITES ESENCIALES, EFECTIVOS O NO EFECTIVOS COMO ANTIFUNGICO

Autores: Adrian Vera, E.; Sanchez Serrano, A.M.; Chico Vela, M.C.;, Peinado Ortiz, C.; Benito Chicote, N.; Parreño Alcolea, M.

Introduccion

Los ACEITES ESENCIALES son fracciones líquidas volátiles, generalmente destilables por arrastre con vapor de agua, que contienen las sustancias responsables del aroma de las plantas. Los aceites esenciales generalmente son mezclas complejas de hasta más de 100 componentes principalmente terpenoides, que forman parte del metabolismo secundario de las plantas. Su producción tiene diferentes funciones e utilidades para la planta. Pueden actuar como atrayente de polinizadores, repelente de fitófagos, poseen actividad alelopática, antibacteriana y pueden contribuir a mantener el nivel hídrico de la planta. En su gran mayoría son de olor agradable, Algunas de estas propiedades han hecho que numerosas especies se hayan utilizado desde tiempos inmemoriales como plantas medicinales o curativas.





Objetivo

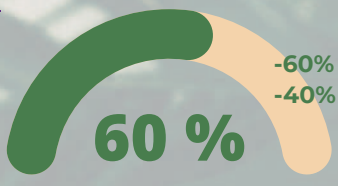
El objetivo de este trabajo es verificar si los aceites esenciales (con propiedades antinfúngicas), cuando se emplean como tratamiento antifúngico en pacientes con ese tipo de afecciones, si son o no efectivos y pueden sustituir los tratamientos convencionales.



Material y Metodo

Revisión bibliografía en diferentes bases de datos: PUBMED, COCHRANE, SCIELO y GOOGLE ACADEMICO, limitando la búsqueda en los últimos 10 años, con la siguiente selección de palabras clave: ACEITE ESENCIAL, ANTIFUNGICO

Resultados



-60% Estudios A.E. efectivos
-40% Estudios A.E. menos efectivos
(A.E.= aceites esenciales)

Tras la revisión de 10 trabajos encontrados observamos los siguientes resultados:

CONCLUSION

-El 40% de los trabajos concluyen que los aceites esenciales son recursos naturales promisorios que requieren investigación adicional para ser aplicados como alternativa para el uso como medicamento antifúngico.
- El 60% restante concluye que los aceites esenciales pueden usarse como una alternativa a los tratamientos antifúngicos sintéticos dado que han corroborado su efectividad

Por lo que podemos afirmar, que la resistencia de los microorganismos a antibióticos y otros compuestos, abre nuevas vías a la búsqueda de alternativas de control antimicrobiano y antifúngico de origen natural y, dentro de ellos, los aceites esenciales tienen un gran potencial.
Y se concluye, que la efectividad de los aceites esenciales (con propiedades antifúngicas) es elevada, pero todavía requiere de muchas más investigaciones para afianzar su uso.

Bibliografia

- **Efecto de compuestos de origen vegetal sobre la eficacia antifúngica y antiaflatoxigénica de las estrobilurinas frente a Aspergillus flavus**
Fei Tian 1, Sang Yoo Lee 1, So Young Woo 1, Hwa Young Choi 1, Su Been Park 1, Hyang Sook Chun 2
PMID: 33756201 DOI: 10.1016/j.jhazmat.2021.125663

- **Actividad antifúngica e inhibición de la producción de fumonisinas por el aceite esencial de Rosmarinus officinalis L. en Fusarium verticillioides (Sacc.)**
Nirenberg Natalia da Silva Bomfim 1, Lydiana Folis Nakassugi 1, Jessica Faggion Pinheiro Oliveira 1, Cassia Yumie Kohiyama 1, Simone Aparecida Galerani Mossini 1, Renata Grespan 1, Samuel Botião Nerilo 1, Carlos Augusto Mallmann 2, Benicio Alves Abreu Filho 1, Miguel Machinski Jr 3. PMID: 25053064
DOI:10.1016/j.foodchem.2014.06.019

- **Composición química y propiedades antifúngicas de aceites esenciales comerciales contra el hongo fitopatógeno del maíz Fusarium verticillioides**
Fernanda Achimón 1, Vanessa D Brito 1, Romina P Pizzolitto 2, Agripina Ramírez Sánchez 3, Elisa A Gómez 3, Julio A Zygadlo 1
Las afiliaciones se expanden
PMID: 33546971 DOI: 10.1016/j.ram.2020.12.001

Resumen: *Es una revisión de si son efectivos o no los aceites esenciales utilizándolos como antifúngicos en seres humanos. Y si esa efectividad es importante frente a tratamientos no naturales que son usados como antifúngicos..*

Palabras Clave: *Aceite Esencial, Antifúngico, Antimicrobiano*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Se describe lo que son los aceites esenciales, de donde se extraen y sus funciones.

Objetivo:

El objetivo de este trabajo es revisar en la bibliografía si los aceites esenciales se pueden usar con antifúngicos y si son más efectivos que los tratamientos tradicionales (tratamientos no naturales)

Material y Método:

Es una revisión bibliográfica de 10 trabajos en diferentes bases de datos.

Resultados:

Hemos obtenido un resultado casi igualitario, dado que solo el 60% de los trabajos evidencian que los aceites esenciales usados como antifúngicos son efectivos.

Conclusión:

Observamos que se necesitan más estudios para concluir si los aceites esenciales son efectivos o no en estos tratamientos. Pero si se observa que, dada la resistencia de los microorganismos a antibióticos y a otros compuestos, se abre una nueva vía a la búsqueda de alternativas del control antimicrobiano y antifúngico de origen natural, dentro de ello los aceites esenciales tienen un gran potencial.

Bibliografía

1.- Efecto de compuestos de origen vegetal sobre la eficacia antifúngica y antiaflatoxigénica de las estrobilurinas frente a Aspergillus flavus Fei Tian 1, Sang Yoo Lee 1, So Young Woo 1, Hwa Young Choi 1, Su Been Park 1, Hyang Sook Chun 2 PMID: 33756201 DOI: 10.1016/j.jhazmat.2021.125663

2.- Actividad antifúngica e inhibición de la producción de fumonisinas por el aceite esencial de Rosmarinus officinalis L. en Fusarium verticillioides (Sacc.) Nirenberg Natalia da Silva Bomfim 1, Lydiana Polis Nakassugi 1, Jessica Faggion Pinheiro Oliveira 1, Cassia Yumie Kohiyama 1, Simone Aparecida Galerani Mossini 1, Renata Grespan 1, Samuel Botião Nerilo 1, Carlos Augusto Mallmann 2, Benicio Alves Abreu Filho 1, Miguel Machinski Jr 3. PMID: 25053064 DOI: 10.1016/j.foodchem.2014.06.019

3.- Composición química y propiedades antifúngicas de aceites esenciales comerciales contra el hongo fitopatógeno del maíz Fusarium verticillioides Fernanda Achimón 1, Vanessa D Brito 1, Romina P Pizzolitto 2, Agripina Ramirez Sanchez 3, Elisa A Gómez 3, Julio A Zygadlo 1 Las afiliaciones se expanden PMID: 33546971 DOI: 10.1016/j.ram.2020.12.001

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 10

Actuación de enfermería en la detección y tratamiento precoz del shock séptico; A propósito de un caso.

Arroyo Ruiz, María Esther
García-Moreno García, Irina Yolanda
González Lara, Gema
León Moraleda, María Isabel
Pontes Artacho, Rocío

AUTORES: ARROYO RUIZ MARIA ESTHER
GARCÍA-MORENO GARCÍA IRINA YOLANDA
GONZÁLEZ LARA GEMA
LEÓN MORALEDA MARIA ISABEL
PONTES ARTACHO ROCÍO

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA DETECCIÓN Y TRATAMIENTO PRECOZ DEL SHOCK SÉPTICO, A PROPÓSITO DE UN CASO

1 INTRODUCCIÓN

-LA SEPSIS ES LA RESPUESTA EXTREMA DEL ORGANISMO ANTE UNA INFECCIÓN Y PUEDE PROVOCAR LA MUERTE DEL INDIVIDUO.
-SÍNDROME CLÍNICO CARACTERIZADO POR UNA DISFUNCIÓN ORGÁNICA CAUSADA POR UNA RESPUESTA ANORMAL Y EXAGERADA DEL HUÉSPED FRENTE A UNA INFECCIÓN.
-MATA A 4 PERSONAS POR SEGUNDO.
-ES TIEMPO DEPENDIENTE POR CADA HORA DE RETRASO Y DE ADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO/ANTIBIÓTICO CORRECTO LA SUPERVIVENCIA DISMINUYE ALREDEDOR DEL 75%.
-POR SU ELEVADA INCIDENCIA, MORBILIDAD Y MORTALIDAD LA SEPSIS SE CONVIERTE EN UN IMPORTANTE PROBLEMA SANITARIO QUE REQUIERE LA APLICACIÓN DE PROTOCOLOS ESPECÍFICOS .
EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA ES IMPORTANTE TANTO PARA LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE SÉPTICO COMO PARA LA APLICACIÓN DE LA INTERVENCIONES RECOMENDADAS

2 OBSERVACIÓN CLÍNICA

MUJER DE DE 75 AÑOS QUE ACUDE AL SUH POR DISNEA DE ESFUERZO PROGRESIVA CON SENSACIÓN FEBRIL ,ASTENIA Y MEG, ANTECEDENTES PERSONALES HTA , DISLIPEMIA, HIPOTIROIDISMO EN TTO, INSUFICIENCIA VASCULAR, DISCOPATÍA DEGENERATIVA, ALÉRGICA QUINOLONAS
EN LA EXPLORACIÓN FÍSICA MEG, PALIDEZ CUTÁNEA , SUDORACIÓN , SEQUEDAD DE MUCOSAS, TAQUIPNEA, NRL GCS 13.
CONSTANTES VITALES : TA 70/40 MMHG
FC 140
SATO2 84%
Tª 38
FR 30
TRAS LA OBSERVACIÓN DE SINTOMATOLOGÍA SÉPTICA Y ALTERACIÓN DE CONSTANTES LA ENFERMERÍA DEL TRIAJE DECIDE REALIZAR ESCALAS QSOFA Y NEW PARA VALORACIÓN DEL RIESGO DE SEPSIS,
PUNTUACIÓN QSOFA : 2 (RIESGO ALGO DE MAL PRONOSTICO)
PUNTUACIÓN NEW :12 (RIESGO CLÍNICO ALTO , RESPUESTA URGENTE)
SE AVISA AL FACULTATIVO RESPONSABLE PARA CREAR ALERTA Y ACTIVAR CÓDIGO SEPSIS Y SE INSTAURAN LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS ASÍ COMO ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO(CRISTALOIDES Y ANTIBIÓTICO DE AMPLIO ESPECTRO) EN LA PRIMERA HORA TRAS SU LLEGADA.
JUICIO DIAGNOSTICO :SEPSIS POSIBLE FOCO RESPIRATORIO

3 PAE

NANDA	NOC	NIC
00004 RIESGO DE INFECCIÓN	1902 CONTROL DEL RIESGO	2380 MANEJO DE LA MEDICACIÓN: - DETERMINAR LOS FÁRMACOS NECESARIOS Y ADMINISTRAR SEGÚN PRESCRIPCIÓN O PROTOCOLO.
00007 HIPERTERMIA	0800 TERMOREGULACION	3900 REGULACIÓN DE LA TEMPERATURA CORPORAL : - OBSERVAR Y REGISTRAR SI HAY SIGNOS Y SÍNTOMAS DE HIPERTERMIA -ADMINISTRAR TRATAMIENTO ANTIPIRÉTICO SI ESTA INDICADO 3740 TRATAMIENTO DE LA FIEBRE : -TOMAR LA Tº LO MAS FRECUENTE QUE SEA OPORTUNO. - ADMINISTRAR TRATAMIENTO. -FOMENTAR EL AUMENTO DE LÍQUIDOS SI PROCEDE
00205 RIESGO DE SHOCK	0802 ESTADO DE LOS SIGNOS VITALES	6680 MONITORIZACION DE LOS SIGNOS VITALES(TA,FC: FR: Tª)
00025 RISGO DE DESEQUILIBRIO DE VOLUMEN DE LIQUIDOS	602 HIDRATACIÓN 1608 CONTROL DEL SINTOMA 1902 CONTROL DEL RIESGO 1908 DETECCION DE RIESGO	4120 MANEJO DE LIQUIDOS 4180 MANEJO DE LA HIPOVOLEMIA 4200 TERAPIA INTRAVENOSA
[00030] DETERIORO DEL INTERCAMBIO DE GASES	(0402) ESTADO RESPIRATORIO: INTERCAMBIO GASEOSO	OXIGENOTERAPIA (3320) : PREPARAR EL EQUIPO DE O2 (3350) MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA



NEWS

Parámetro fisiológico	Escala 3	2	1	0	1	2	3
Frecuencia respiratoria	≤ 8		9-11	12-20		21-24	≥ 25
Saturación de oxígeno (SpO_2)	≤ 91	92-93	94-95	≥ 96			
SpO_2 en caso de EPOC	≤ 83	84-85	86-87	88-92 ≥ 93 sin O_2	93-94 con O_2	95-96 con O_2	≥ 97 con O_2
¿Oxígeno suplementario?		Sí		Aire ambiente			
Tensión arterial sistólica	≤ 90	91-100	101-110	111-219			≥ 220
Frecuencia cardiaca	≤ 40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥ 131
Nivel de consciencia				Alerta			C, V, D
Temperatura	≤ 35.0		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥ 39.1	

4 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

LA SEPSIS ES UNA ENFERMEDAD CON ELEVADA INCIDENCIA Y MORBIMORTALIDAD POR LO QUE ES NECESARIO LA APLICACIÓN DE UN CÓDIGO SEPSIS MULTIDISCIPLINAR EN EL QUE EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ HA DEMOSTRADO QUE DISMINUYE LA MORTALIDAD: LA IMPORTANCIA DEL USO DE HERRAMIENTAS COMO LAS ESCALA QSOFA Y NEWS NO HACE UN DIAGNÓSTICO CERTERO DE SEPSIS, PERO SÍ ALERTA DE POSIBILIDAD DE RIESGO DE INFECCIÓN. LA DETECCIÓN PRECOZ EN EL TRIAJE POR PARTE DE ENFERMERÍA ES FUNDAMENTAL PARA ACTIVAR LO ANTES POSIBLE EL CÓDIGO SEPSIS Y LA APLICACIÓN DE INTERVENCIONES RECOMENDADAS .

BIBLIOGRAFIA:
1. SURVIVING SEPSIS CAMPAIGN: INTERNATIONAL GUIDELINES 2022
2. BANCHÓN J, CAMACHO D, FERNÁNDEZ C, VILLACÍS J. CONCEPTOS ACTUALES DE SEPSIS Y SHOCK SÉPTICO. 2020; 10 (2)103-116.
3. ESCOBAR J, ORTÍZ S, VILLALBA R. FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD EN PACIENTES CON SEPSIS Y CHOQUE SÉPTICO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS DE UN HOSPITAL DE PARAGUAY. REV. VIRTUAL SOC. PARAG. MED. INT. 2021; HERDMAN TH, KAMITSURU S
4. . DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: DEFINICIONES Y CLASIFICACIÓN: 2018-2020.: ELSEVIER; 20198 (2):44-56.
5. LA SEPSIS [INTERNET]. NATIONAL INSTITUTE OF GENERAL MEDICAL SCIENCES. 2021 [CITED 18 NOVEMBER 2021]. AVAILABLE FROM: HTTPS://WWW.NIGMS.NIH.GOV/EDUCATION/FACT-SHEETS/PAGES/SEPSIS-SPANISH.ASPX

Resumen: *La sepsis es considerada junto al infarto agudo de miocardio y el ictus un proceso tiempo dependiente, mata a cuatro personas por segundo, siendo fundamental la identificación de ésta y la administración del tratamiento en las primeras seis horas, asociándose a una disminución de las complicaciones y una reducción significativa de la mortalidad a corto y largo plazo.*

La enfermería y su función de identificación y valoración del paciente en urgencias, uci, hospitalización, o en cualquier otra área hospitalaria es fundamental para la detección precoz del proceso séptico para ello es necesario conocer y aplicar las escalas de valoración del riesgo de sepsis.

Palabras Clave: *Sepsis, Puntuaciones de disfunción orgánica, Diagnóstico Precoz*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La sepsis es la respuesta extrema del organismo ante una infección y puede provocar la muerte del individuo. Síndrome clínico caracterizado por una disfunción orgánica causada por una respuesta anormal y exagerada del huésped frente a una infección.

Mata a cuatro personas por segundo, es tiempo dependiente; por cada hora de retraso de administración del tratamiento/antibiótico correcto, la supervivencia disminuye al rededor del 75%.

Por su elevada incidencia, morbilidad y mortalidad la sepsis se convierte en un importante problema sanitario que requiere la aplicación de protocolos específicos.

El papel de la enfermería es importante tanto para la correcta identificación del paciente séptico como para la aplicación de las intervenciones recomendadas.

Observación clínica:

Mujer de 75 años que acude al SUH por disnea de esfuerzo progresiva con sensación febril, astenia y MEG.

Antecedentes personales: HTA, dislipemia, hipotiroidismo, insuficiencia vascular, discopatía degenerativa, alérgica a Quinolonas.

Exploración Física: Palidez cutánea, sudoración, sequedad de mucosas, taquipnea, NRL GCS 13.

Constantes vitales: TA 70/40 mmHg, FC 120lpm, SatO2 84%, Tª 38ºC, FR 30rpm.

Tras la observación de sintomatología séptica y alteración de constantes, la enfermería del triaje decide realizar escalas qSOFA y NEWS para valoración del riesgo de sepsis.

Puntuación qSOFA=2. Puntuación NEWS=12.

Se avisa al facultativo responsable para crear alerta y activar código sepsis.

Juicio diagnóstico: Sepsis posible foco respiratorio.

Plan de cuidados:

NANDA 00004 Riesgo de infección

NOC 1902 Control del riesgo

NIC 2380 Manejo de la medicación- determinar los fármacos necesarios y administrar según prescripción o protocolo.

NANDA 00007 Hipertermia

NOC 0800 Termorregulación

NIC 3900 Regulación de la temperatura corporal (observar y registrar si hay signos y síntomas de hipertermia. Administrar tratamiento antipirético si está indicado)

3740 tratamiento de la fiebre. Tomar la temperatura lo más frecuente que sea oportuno. Administrar tratamiento. Fomentar el aumento de líquidos si procede.

NANDA 00205 Riesgo de shock

NOC 0802 Estado de los signos vitales

NIC 6680 Monitorización de los signos vitales (TA;FC;FR;Tª)

NANDA 00025 Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos

NOC 602 Hidratación

1608 Control del síntoma

1902 Control del riesgo

1908 Detección de riesgo

NIC 4120 Manejo de líquidos

4180 Manejo de la hipovolemia

4200 Terapia intravenosa

NANDA 00030 Deterioro del intercambio de gases

NOC 0402 Estado respiratorio; intercambio gaseoso

NIC 3320 Oxigeno-terapia; preparar el equipo de O2

3350 Monitorización respiratoria.

Discusión y conclusiones:

La sepsis es una enfermedad con elevada incidencia y morbimortalidad por lo que es necesario la aplicación de un código sepsis multidisciplinar en el que el diagnóstico y tratamiento precoz ha demostrado que disminuye la mortalidad; La importancia del uso de herramientas como las escalas Qsofa y NEWS no hace un diagnóstico certero de sepsis, pero si alerta de posibilidad de riesgo de infección.

La detección precoz en el triaje por parte de enfermería es fundamental para activar lo antes posible el código sepsis y la aplicación de intervenciones recomendadas.

Bibliografía

1.- Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines 2022.

2.- Banchón J, Camacho D, Fernandez C, Villacís J. Conceptos actuales de sepsis y shock séptico.2020;10 (2) 103-116.

3.- Escobar J, Ortíz S, Villalba R. Factores asociados a la mortalidad en pacientes con sepsis y choque séptico en la unidad de cuidados intensivos de adultos de un hospital de Paraguay. Rev. Virtual Soc. Parag. Med. Int.2021; Herdman Th, Kamitsuru S.

4.- Diagnóstico enfermeros: Definiciones y clasificación :2018-2020.; Esevier:20198 (2):44-56.

5.- La sepsis {Internet}.National Institute of General Medical Sciences.2021{cited 18 november 2021}.Available from:https://www.nigms.nih.gov/education/fact-sheets/pages/sepsis-spanish.aspx.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 11

Actualización del tratamiento farmacológico y no farmacológico de la preeclampsia y el papel de enfermería.

Ruiz Mena, Elena
Ortiz Patricio, Patricia
Ortiz Rodrigo, Javier
Carabella García, Mónica

SATSE

ACTUALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO DE LA PREECLAMPSIA Y EL PAPEL DE ENFERMERÍA.

INTRODUCCIÓN

La preeclampsia es una enfermedad propia de la gestación que afecta tanto al recién nacido como a la madre. Esta patología se presenta a partir de una edad gestacional mayor a veinte semanas, durante el parto o en las primeras seis semanas de puerperio. Se caracteriza principalmente por hipertensión y proteinuria significativa, sin embargo, también puede darse preeclampsia cuando existe hipertensión en el embarazo aun cuando en un primer momento no se demuestre la presencia en cantidad superior a la normal de proteínas en orina .

OBJETIVOS

El objetivo planteado en la presente revisión es conocer el abordaje actualizado de la preeclampsia en gestantes, centrándonos sobre todo en conocer el tratamiento farmacológico y no farmacológico para que, además de identificar el papel de la enfermería en la prevención, diagnóstico y seguimiento de dicha patología, podamos adquirir habilidades y conocimientos para intervenir de la mejor manera posible en el abordaje de esta enfermedad.

METODOLOGÍA

Se han consultado las bases científicas de Pubmed, Scielo, Elsevier, Dialnet, Google Scholar y Redalyc. En definitiva, han sido utilizados un total de 45 artículos para su desarrollo.
Para delimitar la búsqueda, han sido utilizados una serie de términos MeSH como palabras clave.
Una vez seleccionados los artículos relevantes para conseguir abordar nuestros objetivos cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión así como de filtrado, se inicia el análisis de los artículos en su totalidad para llevar a cabo los resultados de la revisión bibliográfica.

RESULTADOS

El manejo clínico de la enfermedad está enfocado en la prevención de la morbilidad materna y fetal a través de un tratamiento indicado ante la emergencia hipertensiva, así como también a la prevención de las complicaciones graves de la preeclampsia y la limitación de lesiones al feto. Estos principios se llevan a cabo mediante la administración de fármacos y la vigilancia materna y fetal para evaluar sus estados.

Por otro lado, el tratamiento no farmacológico de la preeclampsia es fundamental y extremadamente importante, no solo para que podamos reducir la presión arterial materna, sino también para que se prolongue el periodo de gestación y mejore el crecimiento fetal.

Uno de los problemas más difíciles de manejar es el desconocimiento de la preeclampsia en las mujeres que buscan quedar embarazadas. Por ello, el objetivo de perseguir el diagnóstico precoz de la preeclampsia en el primer trimestre es debido a la posibilidad de intervenir a tiempo para así mejorar la evolución de la enfermedad y reducir su prevalencia y sus consecuencias.

CONCLUSIÓN

Debido al alto desconocimiento que las mujeres tienen de la preeclampsia no comienzan con el manejo de la hipertensión antes del embarazo. Por ello, es de vital importancia la actuación enfermera con el objetivo de perseguir un diagnóstico precoz de dicha patología para mejorar la evolución de la enfermedad y reducir sus consecuencias.

Desde enfermería, una de las funciones más importantes en la preeclampsia es instruir en educación para la salud tanto a mujeres en edad de concebir como a familiares para ayudar a prevenir y diagnosticar de manera precoz la patología, así como la posibilidad de aparición de complicaciones, aportando capacidades teóricas y técnicas basadas en la evidencia.



Ruiz Mena, E
Carabella García, M
Ortiz Rodrigo, J
Ortiz Patricio, P

BIBLIOGRAFÍA

- Rojas Pérez LA, Rojas Cruz LA, Daniela M, Vega V, Rojas Cruz AE, Rojas Cruz AE. Preeclampsia-eclampsia diagnóstico y tratamiento Preeclampsia-eclampsia diagnosis and treatment. Revista Eugenio Espejo. 2019;13(2):79-91.
- Rodríguez - Valenzuela. C. Actualidades en el manejo de la preeclampsia. Revista Mexicana de Anestesiología [Internet]. 2017 Jun 1;40(1):s14-5. Available from: www.medigraphic.org.mx
- Parente SS, Delgado AS, Castro-Piñero J. Optimum training programme during pregnancy to prevent gestational hypertension and preeclampsia: A systematic review. Archivos de Medicina del Deporte. 2021 Mar 1;38(2):127-35.

Resumen: *La preeclampsia es una enfermedad propia de la gestación.*

El objetivo planteado es conocer el abordaje actualizado de la preeclampsia, centrándonos sobre todo en conocer el tratamiento farmacológico y no farmacológico, además de identificar el papel de la enfermería en la prevención, diagnóstico y seguimiento.

Para lograrlo, se han consultado diferentes bases científicas.

Debido a que los trastornos hipertensivos en el embarazo se caracterizan por su elevada tasa de morbilidad y mortalidad y a la complejidad de sus complicaciones, cabe destacar la importancia de un diagnóstico óptimo y precoz además de un buen manejo de la enfermedad.

Palabras Clave: *Toxemias del embarazo, Tratamiento farmacológico, Enfermería*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La preeclampsia es una patología propia de la gestación que afecta tanto al recién nacido como a la madre. Se presenta a partir de una edad gestacional mayor a 20 semanas, durante el parto o en las primeras 6 semanas de puerperio. Dicha enfermedad se caracteriza principalmente por HTA y proteinuria significativa.

Objetivos:

• Objetivo general

- Conocer el abordaje actualizado de la preeclampsia en gestantes.

• Objetivos específicos

- Conocer el tratamiento farmacológico más actual en la preeclampsia.

- Conocer el tratamiento no farmacológico más actual en la preeclampsia.

- Identificar el papel de enfermería en la prevención, diagnóstico y seguimiento de la preeclampsia.

Metodología:

Este trabajo trata de una revisión bibliográfica para la cual se ha desarrollado el análisis de artículos y revistas científicas, así como de páginas web, tanto en inglés como en español. Se ha consultado y utilizado distintas bases de datos.

Una vez encontrada la información, los artículos son filtrados por título semejante y acorde a la temática de los objetivos propuestos cuya finalidad es cumplir. Seguidamente hemos realizado una lectura comprensiva de los resúmenes de cada artículo para concretar nuestra búsqueda

Resultados:

El manejo clínico de la enfermedad está enfocado en la prevención de la morbilidad materna y fetal a través de un tratamiento indicado ante la emergencia hipertensiva, así como también a la prevención de las complicaciones graves de la preeclampsia y la limitación de lesiones al feto. Además, muchos de los niños descendientes de madres que han cursado su embarazo con preeclampsia son más susceptibles a problemas en su desarrollo neurológico, así como a enfermedades cardiovasculares a medida que crecen. Estos principios se llevan a cabo mediante la administración de fármacos y la vigilancia materna y fetal para evaluar sus estados.

Por otro lado, el tratamiento no farmacológico de la preeclampsia es fundamental y extremadamente importante, no solo para que podamos reducir la presión arterial materna, sino también para que se prolongue el periodo de gestación y mejore el crecimiento fetal.

Uno de los problemas más difíciles de manejar es el desconocimiento de la preeclampsia en las mujeres que buscan quedar embarazadas. Por ello, el objetivo de perseguir el diagnóstico precoz de la preeclampsia en el primer trimestre es debido a la posibilidad de intervenir a tiempo para así mejorar la evolución de la enfermedad y reducir su prevalencia y sus consecuencias.

La detección precoz en el triaje por parte de enfermería es fundamental para activar lo antes posible el código sepsis y la aplicación de intervenciones recomendadas.

Discusión/conclusión:

Debido al alto desconocimiento que las mujeres tienen de la preeclampsia no comienzan con el manejo de la hipertensión antes del embarazo. Por ello, es de vital importancia la actuación enfermera con el objetivo de perseguir un diagnóstico precoz de dicha patología para mejorar la evolución de la enfermedad y reducir sus consecuencias.

Desde enfermería, una de las funciones más importantes en la preeclampsia es instruir en educación para la salud tanto a mujeres en edad de concebir como a familiares para ayudar a prevenir y diagnosticar de manera precoz la patología, así como la posibilidad de aparición de complicaciones, aportando capacidades teóricas y técnicas basadas en la evidencia.

Bibliografía

1.- Rojas Pérez LA, Rojas Cruz LA, Daniela M, Vega V, Rojas Cruz AE, Rojas Cruz AE. Preeclampsia-eclampsia diagnóstico y tratamiento Preeclampsia-eclampsia diagnosis and treatment. Revista Eugenio Espejo. 2019;13(2): 79–91.

2.- Rodríguez - Valenzuela. C. Actualidades en el manejo de la preeclampsia. Revista Mexicana de Anestesiología [Internet]. 2017 Jun 1;40(1): s14–5. Available from: www.medigraphic.org.mx

3.- Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. Obstetrics & Gynecology [Internet]. 2020 Jun [cited 2021 Dec 15];135(6): e237–60. Available from: https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2020/06000/Gestational_Hypertension_and_Preeclampsia__ACOG.46.aspx

4.- Cáceres Alvear AS, Garcés García DA, Carpio Cedillo CP. Asociación de riesgo entre periodontitis y preeclampsia. una revisión sistemática retrospectiva. Research, Society and Development. 2021 Aug 15;10(10):1–12.

5.- Parente SS, Delgado AS, Castro-Piñero J. Optimum training programme during pregnancy to prevent gestational hypertension and preeclampsia: A systematic review. Archivos de Medicina del Deporte. 2021 Mar 1; 38 (2): 127–35.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 12

Adicción al azúcar: El Ciclo Perpetuo

Moreno-Manzanaro Fernández-Montes, Irene María
Peinado Ortiz, Caridad
Díaz-Carrasco Lopez, Cristina
Sánchez Serrano, Ana María
Nuñez De Arenas Martín-Consuegra, Maria de las Cruces Nazaret
Benavent Cano, Ana Belén

ADICCIÓN AL AZÚCAR: EL CICLO PERPETUO

AUTORA: IRENE MARIA MORENO-MANZANARO FERNANDEZ MONTES
COAUTORAS: * CARIDAD PEINADO ORTIZ
* MARIA CRISTINA DÍAZ-CARRASCO LÓPEZ
* ANA MARÍA SANCHEZ SERRANO
* MARÍA DE LAS CRUCES NAZARET NÚÑEZ DE ARENAS MARTÍN CONSUEGRA
* ANA BELEN BENAVENT CANO

SATSE

01

COMES AZÚCAR: Porque genéticamente estamos diseñados para que nos guste

TIENE EFECTO ADICTIVO

02

SE DISPARAN LOS NIVELES DE AZÚCAR: Segregación de dopamina en el cerebro=ADICCIÓN. Se libera insulina para bajar los niveles.



03

BAJAR EL AZÚCAR EN SANGRE: Altos niveles de insulina producen almacenamiento de grasa. Una bajada rápida de azúcar genera efecto rebote.

04

HAMBRE Y ANTOJOS: Los niveles bajos de azúcar producen hambre y antojo. **SE ESTABLECE LA ADICCIÓN.**

ADICCIÓN: alteración que afecta la vida de las personas, ya que representa una actitud y una práctica cotidiana, de difícil control.

El azúcar es la sustancia comestible más adictiva que existe, capaz de ofrecernos un tremendo subidón de dopamina (placentera recompensa artificial) en cuestión de segundos tras su ingesta.

Según la OMS, la cantidad total máxima diaria de azúcar añadido a los alimentos no debería superar:
•En adultos: los 25g por día (unos 6 azucarillos)
•En niños: los 15g por día (unos 4 azucarillos)
Es importante recordar que la cantidad mínima recomendada de consumo de azúcar en adultos y en niños es de 0 g. Es decir**, lo ideal sería no consumirlo**.

¿Es necesaria el azúcar para nuestro organismo?
La respuesta es **NO**. Cuando, en los anuncios, te dicen que algo azucarado aporta la energía diaria que necesitas, es totalmente falso, están utilizando el término "azúcar" y "glucosa" como si significaran lo mismo. La glucosa es la que SÍ es imprescindible para aportar energía y el organismo la obtiene de verduras, frutas, legumbres, cereales..., por lo que no necesitamos ningún aporte extra de fuentes artificiales.

OBJETIVOS

PROGRAMAS DE DESINTOXICACIÓN



PRIMERA ETAPA: Retirada de la sustancia tóxica bajo la supervisión de un equipo de salud.

SEGUNDA ETAPA: Adopción de dieta hipoglucémica. Se puede presentar ansiedad e insomnio. Se debe tener en cuenta que puede presentarse junto con otras adicciones más complejas.



OTRAS MEDIDAS

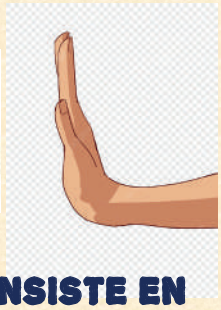
•**Incrementar los impuestos** a los alimentos azucarados
•**Restricciones** para el consumo de sustancias exocitotóxicas.

•**Eliminar el jarabe de alta fructosa** de los alimentos generalmente vistos como "seguros".

•**Eliminar propaganda,** incentivos, regalos, juguetes...

relacionados con comidas industrialmente procesadas.





TU MISIÓN CONSISTE EN APRENDER A CONTROLARLO

CONCLUSIONES

- El azúcar produce en el organismo tal adicción como cualquier otra droga.
- Por lo tanto, el consumo excesivo de azúcar provoca **antojos de adicción** que pueden apuntalar la epidemia de obesidad. Los opioides y la dopamina actúan como los efectos gratificantes de las drogas y de las recompensas naturales de los estímulos, como los alimentos sabrosos.
- Tomar grasas buenas en cada comida (aguacate, AOVE, frutos secos o semillas...) te hará sentir más saciado y quitará las ganas de comer tanto dulce.
- Es importante saber que los antojos suelen desaparecer después de 20 minutos.
- Si consigues estar unos 5-7 días sin comer azúcar, los antojos desaparecerán.
- Reducir los azucares no significa eliminar todos los hidratos de carbono. Se puede tomar arroz integral, legumbres, frutas, patata, avena....
- El sueño reduce los antojos de azúcar, deberíamos dormir entre 6 y 7 h diarias y debe de ser un sueño reparador.
- Comprender esta dependencia permitirá el desarrollo de estrategias para combatir la mayor adicción del siglo XXI: El azúcar.

BIBLIOGRAFÍA

https://www.investigacionyciencia.es/noticias/cmo-el-azcar-modifica-el-circuito-cerebral-de-recompensa-18233
https://www.sciencedaily.com/releases/2018/03/180318144829.htm
https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002393.htm
Brink S. Eat this now! How savvy marketing is contributing to the nation's obesity epidemic. US News World Rep 2005; 138: 56-58
https://www.nationalgeographic.com.es/ciencia/grandes-reportajes/pasion-por-el-azucar-2_7485
https://as.com/deporteyvida/2020/01/15/portada/1579079491_563833.html
Yang, Q.; Zhang, Z.; Gregg, E.W.; Flanders, W.D.; Merritt, R.; Hu, F.B. Added sugar intake and cardiovascular diseases mortality among US adult. JAMA Intern Med. 2014 Apr; 174 (4): 516-524
https://nutricionate.com/es-verdad-que-el-azucar-mata/
Plessman J. Drug addiction ins a nutritional disorder. Hypoglucemic Health Association of Australia. November 15 of 2011.

Resumen: *Cuando se habla de adicciones, se presupone una alteración que afecta la vida de las personas, ya que representa una actitud y una práctica cotidiana, de difícil control.*

"Adictos a los dulces": Este concepto es de gran importancia cuando en los países desarrollados surge una gran lucha legal contra las grandes cadenas de comida rápida por asegurar, que estas compañías manejan estrategias que favorecen a la adicción y que son responsables de uno de los problemas de salud más importantes del momento, la obesidad.

Palabras Clave: *Azúcar, Adicción a la comida, Alimentos procesados*

Desarrollo del Trabajo:

Objetivos:

Si estamos enfrentando a una adicción requerimos aplicar en miles de personas programas de desintoxicación, cuya primera etapa consiste en la descontinuación de la sustancia tóxica bajo la supervisión de un equipo de salud. La segunda etapa consiste en la adopción de una dieta hipoglucémica, debido a que durante esta etapa se presenta ansiedad e insomnio, síntomas de un trastorno metabólico subyacente que se acentúo con la ingesta de la sustancia tóxica.

También, es importante, conocer la magnitud del problema, en términos de cuánta gente presenta adicciones simples a una sola sustancia, que serían más susceptibles de mejorarse que las adicciones complejas.

Implementar otras medidas, como incrementar los impuestos y realizar ciertas restricciones para el consumo de sustancias exocitotóxicas, ha implicado una lucha más intensa, que la que se ha realizado contra las empresas tabacaleras.

Medidas como eliminar el jarabe de alta fructosa de la lista de Alimentos Generalmente visto como seguros (GRAS) de la FDA de EEUU y sus equivalentes en otros países, así como eliminar toda la propaganda, incentivos, regalos, juguetes…. relacionados con comidas industrialmente procesadas o sustancias exocitotóxicas, también puede ser un buen principio.

Metodología:

Se consultaron los documentos relacionados con el tema de las principales agencias encargadas del tema de los procedimientos de enfermería endocrina. También se realizaron búsquedas en Medline y en las principales bases de datos de medicina basada en la evidencia sobre revisiones sistemáticas.

Resultados:

El azúcar actúa en el organismo como una droga con un elevado potencial adictivo provocado por la enorme secreción de dopamina que actúa sobre el cerebro estimulando una ingesta posterior. Es decir, cuanto más azúcar tomamos, más ganas tenemos de volver a tomar. Con el agravante que "para alcanzar el placer cada vez se necesitará consumir una cantidad mayor".

En el caso de los azúcares hay evidencia que estos suprimen la secreción de la hormona gherlina y leptina, que tiene que ver con la sensación de hambre y saciedad. A sí mismo, los hidratos de carbono en la dieta reducen la acción de la dopamina en el cerebro, deprimiendo el placer producido por la comida, incitando a las personas a comer más.

¿La solución? Comer menos azúcar e hidratos de carbono. El problema es que en el mundo actual es muy difícil evitarlos, y éste es uno de los motivos de que su consumo sea masivo. Los fabricantes recurren a él para dar más sabor a los productos elaborados con pocas grasas, como la bollería baja en grasas, que al consumidor le parece más saludable pero que a menudo contiene grandes cantidades de azúcar añadido.

Conclusión:

Se ha realizado una revisión bibliográfica en bases como Scielo, Pudines, Scola, se ha llegado a la conclusión de que el azúcar produce en el organismo tal adicción como cualquier otra droga.

Por lo tanto, el consumo excesivo de azúcar provoca antojos de adicción que pueden apuntalar la epidemia de obesidad. Los opioides y la dopamina actúan como los efectos gratificantes de las drogas y de las recompensas naturales de los estímulos, como los alimentos sabrosos.

Tomar grasas buenas en cada comida (aguacate, AOVE, frutos secos o semillas…) esto hará sentir más saciado y quitará las ganas de comer tanto dulce.

Es importante saber que los antojos suelen desaparecer después de 20 minutos.

Si consigues estar unos 5-7 días sin comer azúcar, los antojos desaparecerán.

Reducir los azucares no significa eliminar todos los hidratos de carbono, se puede tomar arroz integral, legumbres, frutas, patata, avena….

El sueño reduce los antojos de azúcar, deberíamos dormir entre 6 y 7 h diarias y a hay que asegurarse que sea un sueño reparador.

Comprender esta dependencia permitirá el desarrollo de estrategias para combatir la mayor adicción del siglo XXI: El azúcar.

Bibliografía

1.- https://www.investigacionyciencia.es/noticias/cmo-el-azcar-modifica-el-circuito-cerebral-de-recompensa-18233

2.- https://www.sciencedaily.com/releases/2018/03/180318144829.htm

3.- https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002393.htm

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 13

Administración de surfactante pulmonar porcino en prematuros con síndrome de dificultad respiratoria neonatal mediante el método LISA. Cuidados de Enfermería

Larrondo Velasco, Kimberley
Jurado Torralbo, Ana
Romero Cabello, M.ª del Carmen

Administración de surfactante pulmonar porcino en prematuros con síndrome de dificultad respiratoria neonatal mediante el método LISA. Cuidados de Enfermería.

AUTORES: Kimberley Larrondo Velasco. Ana Jurado Torralbo. Mª Carmen Romero Cabello. Enfermeras especialistas en Pediatría.

Los recién nacidos por debajo de las 34-36 semanas de gestación (SG) son susceptibles a presentar déficit de surfactante pulmonar, lo que constituye el origen del **sindrome de dificultad respiratoria neonatal (SDR).** La administración de surfactante pulmonar exógeno, junto a otras terapias, constituye el tratamiento de elección en recién nacidos con SDR.

Objetivo:

Conocer la técnica de administración de surfactante exógeno a través del método LISA a recién nacidos prematuros con SDR, así como los cuidados de Enfermería relacionados la técnica.

Metodología

Búsqueda bibliográfica en bases de datos: Pubmed, Scielo

Términos de búsqueda: *Surfactant therapy, neonatal, respiratory distress syndrome*

Criterios de inclusión: acceso libre gratuito, antiguedad inferior a ocho años.

Resultados:

Método LISA

El **método LISA** emplea un catéter delgado colocado a través de las cuerdas vocales que posibilita que los neonatos puedan mantener la función de la glotis y continuar la respiración espontánea con presión positiva en la vía aérea (CPAP).
Además de ser una técnica segura y mínimamente invasiva, permite administrar el surfactante de una forma más eficaz y precoz que con otras técnicas, ya que no es preciso intubar al recién nacido ni canalizar un acceso venoso previamente para iniciar sedación.

Consideraciones previas al procedimiento

Conservar el vial refrigerado y protegido de la luz. Cada vial solo debe usarse una vez.
Inspeccionar la coloración: debe ser blanco cremoso.
Dejar que el producto se caliente a temperatura ambiente o calentar con la mano.
Mover suavemente el vial sin agitar. La suspensión debe extraerse del vial mediante técnica estéril.
Asegurarse de la correcta colocación del tubo endotraqueal y aspirar secreciones.
Utilizar métodos no farmacológicos de analgesia

Dosis

Iniciar el tratamiento lo antes posible.
Dosis: 200 mg/kg/dosis (2,5 ml/kg/dosis), que puede administrarse en forma de dosis única o repartida en 2 dosis de 100 mg/kg.

Precauciones durante la administración

Mantener al paciente en posición supino horizontal, con la cabeza centrada en linea media.
Administrar por personal especializado en la estabilización y reanimación del paciente prematuro.
Monitorización de gases arteriales, fiO2 y control de parámetros ventilatorios.
Si durante la administración el niño está agitado o cianótico, aparecen episodios de bradicardia, la saturación disminuye más del 15% o el surfactante bloquea el tubo, es necesario enlentecer o interrumpir la administración. Si es preciso, aumentar la asistencia del respirador y la FiO2.
Vigilar signos de infección.

Efectos adversos

Cardiovasculares: bradicardia e hipotensión, ductus arteriosus persistente.
Respiratorios: obstrucción del tubo endotraqueal, disminución de la saturación de oxígeno; hemorragia pulmonar.

Los recién nacidos prematuros que han recibido surfactante exógeno requieren de una atención y unos cuidados de enfermería especializados. El conocimiento de los cuidados y los efectos secundarios derivados de la técnica permite tanto la prevención como la búsqueda activa y precoz de complicaciones.

1.F.J. Canals Candela et al. Terapia con surfactante con técnica mínimamente invasiva: experiencia en un hospital terciario. An Pediatr (Barc). 2016;84(2):79-84.
2 F. Castillo Salinas et al. Recomendaciones para la asistencia respiratoria en el recién nacido (iii). Surfactante y óxido nítrico. An Pediatr (Barc). 2015;83(5):354.e1-354.e6.
3.J.C. Aldana-Aguirre et al. Less invasive surfactant administration versus intubation for surfactant delivery in preterm infants with respiratory distress syndrome: a systematic review and meta-analysis. Arch Dis Child Fetal Neonatal. Ed 2017;102:F17–F23.

Resumen: *Introducción: Los recién nacidos prematuros son susceptibles a presentar déficit de surfactante pulmonar, principal causa del síndrome de dificultad respiratoria neonatal (SDR). Objetivo: Conocer la técnica de administración de surfactante a través del método LISA. Material y métodos: Revisión bibliográfica en Pubmed y SciELO. Resultados: El método LISA es procedimiento práctico y seguro. Es preciso iniciar el tratamiento de forma precoz. Debe ser administrado por personal entrenado. Precisa cuidados de Enfermería especializados. Conclusiones: La administración de surfactante exógeno es segura y eficaz como tratamiento de elección en el recién nacido prematuro con SDR.*

Palabras Clave: *Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, Enfermedad de la membrana hialina, Enfermería neonatal.*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El surfactante pulmonar es una sustancia tensoactiva producida por los neumocitos tipo II del epitelio alveolar, cuya función es disminuir la tensión superficial del alvéolo, evitando el colapso pulmonar durante la espiración.

Los recién nacidos por debajo de las 34-36 semanas de gestación (SG) son susceptibles a presentar déficit de surfactante, lo que constituye el origen del síndrome de dificultad respiratoria neonatal (SDR). La administración de surfactante pulmonar exógeno, junto a otras terapias, constituye el tratamiento de elección en recién nacidos con SDR.

En la actualidad se utilizan los surfactantes de origen natural bovino o porcino, ya que tienen un inicio de acción más precoz y una menor morbimortalidad asociada en comparación con la primera generación de surfactantes sintéticos

Objetivo:

Conocer la técnica de administración de surfactante exógeno a través del método LISA a recién nacidos prematuros con SDR, así como los cuidados de Enfermería relacionados la técnica.

Material y Método:

Se realiza una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Pubmed y SciELO. Términos de búsqueda: *Surfactant therapy*, neonatal, *respiratory distress syndrome*. Criterios de inclusión: Artículos con menos de ocho años de antigüedad, disponibilidad del artículo completo de manera gratuita.

Resultados:

Procedimiento de Administración: Método Lisa.

A lo largo del tiempo se han desarrollado diferentes técnicas con el objetivo de asegurar el bienestar del paciente neonatal. Una de las opciones para evitar el uso de ventilación mecánica es el método INSURE (INTUBAR - SURFACTANTE –EXTUBAR). A pesar de que mediante el uso de ese

método se observa una disminución de la morbilidad, puede presentar complicaciones derivadas de la extubación y sedación.

Debido a los inconvenientes de esta técnica, se han puesto en marcha otros procedimientos menos invasivos como LISA (Less Invasive Surfactant Administration). El método LISA emplea un catéter delgado colocado a través de las cuerdas vocales que posibilita que los neonatos puedan mantener la función de la glotis y continuar la respiración espontánea con presión positiva en la vía aérea (CPAP). Además de ser una técnica segura y mínimamente invasiva, permite administrar el surfactante de una forma más eficaz y precoz que con otras técnicas, ya que no es preciso intubar al recién nacido ni canalizar un acceso venoso previamente para iniciar sedación.

CONSERVACIÓN DEL SURFACTANTE.

- Conservar el vial refrigerado entre 2 y 8 °C. Protegido de la luz.

- Cada vial solo debe usarse una vez.

- Los viales cerrados que se han calentado a la temperatura ambiente una vez pueden volver a ser refrigerados en las siguientes 24 horas y utilizados posteriormente. Esto se puede hacer solo en una ocasión.

CONSIDERACIONES PREVIAS AL PROCEDIMIENTO.

- Inspeccionar la coloración: el color normal es blanco cremoso.

- Mover suavemente el vial para obtener una suspensión uniforme. Sin agitar.

- Dejar que el producto se caliente a temperatura ambiente o calentar con la mano, no utilizar métodos artificiales de calentamiento.

- La suspensión debe extraerse del vial mediante técnica estéril.

- Asegurarse de la correcta colocación del tubo endotraqueal y aspirar las secreciones si es necesario.

- Utilizar métodos no farmacológicos de analgesia como las maniobras de contención o las soluciones de sacarosa.

DOSIS Y PAUTA DE ADMINISTRACIÓN INTRATRAQUEAL.

Es recomendable iniciar el tratamiento lo antes posible, una vez realizado el diagnóstico de síndrome de distrés respiratorio. La administración se realizará por catéter de 2,5-5 French colocado entre las cuerdas vocales por laringoscopia directa.

Dosis: 200 mg/kg/dosis (2,5 ml/kg/dosis), que puede administrarse en forma de dosis única o repartida en 2 dosis de 100 mg/kg, la primera debe administrarse inmediatamente y la segunda, tras 12 horas. En caso de que las condiciones clínicas continuasen siendo críticas podría administrarse una dosis adicional de 100 mg/kg, respetando un intervalo de aproximadamente 12 horas. La dosis se administrará lentamente durante 1-3 minutos (algunos estudios indican utilización de premedicación con atropina).

Dosis máxima: 300-400 mg/kg (suma de la inicial y las siguientes).

PRECAUCIONES DURANTE LA ADMINISTRACIÓN.

- Se recomienda mantener al paciente en posición supino horizontal, con la cabeza centrada en línea media, ya que el surfactante se distribuye por gravedad.

- Debe ser administrado por personal entrenado y con experiencia en el cuidado, reanimación y estabilización de recién nacidos pretérmino.

- Es necesario monitorizar gases arteriales, FiO2 y presiones ventilatorias para prevenir la hiperoxia y la hipocapnia tras la administración.

- Si durante la administración el niño está agitado o cianótico, aparecen episodios de bradicardia, la saturación disminuye más del 15% o el surfactante bloquea el tubo, es necesario enlentecer o interrumpir la administración. Si es preciso, aumentar la asistencia del respirador y la FiO2.

- Vigilar signos de infección. Ante los primeros síntomas, se recomienda iniciar terapia antibiótica adecuada.

EFECTOS SECUNDARIOS.

- Cardiovasculares: bradicardia e hipotensión, ductus arteriosus persistente.

- Respiratorios: obstrucción del tubo endotraqueal, disminución de la saturación de oxígeno; hemorragia pulmonar.

Conclusiones:

- La administración de surfactante exógeno es segura y eficaz como tratamiento de elección en el recién nacido prematuro con SDR.

- El método LISA es una forma de administración práctica y segura, que forma parte de un enforque integral no invasivo que apoya el concepto de transición gradual a la vida extrauterina.

- Los recién nacidos prematuros a los que se les ha administrado surfactante requieren de una atención y unos cuidados de enfermería cuidadosos. El conocimiento de los efectos secundarios derivados de la técnica permite la búsqueda activa y precoz de complicaciones.

Bibliografía

1.- F.J. Canals Candela et al. Terapia con surfactante con técnica mínimamente invasiva: experiencia en un hospital terciario. An Pediatr (Barc). 2016;84(2):79-84.

2.- F. Castillo Salinas et al. Recomendaciones para la asistencia respiratoria en el recién nacido (iii). Surfactante y óxido nítrico. An Pediatr (Barc). 2015;83(5): 354.e1-354.e6.

3.- J.C. Aldana-Aguirre et al. Less invasive surfactant administration versus intubation for surfactant delivery in preterm infants with respiratory distress syndrome: a systematic review and meta-analysis. Arch Dis Child Fetal Neonatal. Ed 2017;102: F17–F23.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 14

Afrontamiento personal y familiar de la cirugía bariátrica. Un relato cruzado

Zapata López, José Esteban
Rodríguez Martín, Beatriz

Afrontamiento personal y familiar de la cirugía bariátrica. Un relato cruzado

Autores: José Esteban Zapata López, Dra. Beatriz Rodríguez Martín

Introducción:

La obesidad mórbida es un problema sanitario de magnitud creciente, siendo la cirugía bariátrica una solución efectiva y de cuyo proceso de afrontamiento apenas hay estudios que lo analicen.

Objetivo:

Analizar el proceso de afrontamiento de la cirugía bariátrica de una unidad familiar.

Material y Método:

Estudio cualitativo tipo historia de vida (relato cruzado) en una muestra intencional de los miembros de la familia de una persona con obesidad mórbida sometida a cirugía bariátrica hace 17 años. Los datos se recogieron mediante entrevistas semiestructuradas a los miembros de la unidad familiar. Las entrevistas fueron grabadas en audio y transcritas literalmente. Los datos se analizaron siguiendo el método de comparación constante y el proceso de codificación.

Resultados:

Del análisis de los datos emergieron las siguientes categorías que explicaban el proceso de afrontamiento: percepciones pre-cirugía e intra-proceso de recuperación, cambios post-cirugía y percepciones post-proceso. Destaca la satisfacción de los participantes con el proceso, además valoraron positivamente el trato recibido durante la hospitalización, tras el alta y durante el seguimiento. Respecto a los cambios personales y familiares, ningún participante manifestó alteraciones, excepto la madre que adoptó el rol de cuidadora principal. En general, la familia vivió positivamente el proceso gracias al desarrollo de un fuerte apoyo familiar y la firme autoestima y el cambio de hábitos de la paciente.

Conclusión:

Los participantes valoran positivamente el proceso. El afrontamiento familiar ha sido exitoso gracias al apoyo familiar, al compromiso con el cambio en el estilo de vida y a una sólida autoestima de la paciente. Este estudio proporciona información clave que puede ser usada por profesionales y gestores para mejorar las intervenciones encaminadas a mejorar el afrontamiento de la cirugía bariátrica.

Resumen: La obesidad mórbida es un problema creciente y la cirugía bariátrica una solución efectiva y de cuyo afrontamiento apenas hay estudios.

Este estudio es un relato cruzado de una persona sometida a cirugía bariátrica y sus familiares. Se realizaron entrevistas semiestructuradas, analizándose siguiendo el método de comparación constante.

Lo obtenido se concretó en: satisfacción con el proceso, no hubo cambios personales ni familiares, excepto la madre que fue cuidadora principal. El proceso fue vivido positivamente gracias al apoyo familiar, autoestima y cambio de hábitos de la paciente. Este estudio proporciona información encaminada a mejorar el afrontamiento de la cirugía bariátrica.

Palabras Clave: *Obesidad Mórbida, Cirugía Bariátrica*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La obesidad mórbida es un problema sanitario de magnitud creciente, siendo la cirugía bariátrica una solución efectiva y de cuyo proceso de afrontamiento apenas hay estudios que lo analicen.

Objetivo:

Analizar el proceso de afrontamiento de la cirugía bariátrica de una unidad familiar.

Material y Método:

Estudio cualitativo tipo historia de vida (relato cruzado) en una muestra intencional de los miembros de la familia de una persona con obesidad mórbida sometida a cirugía bariátrica hace 17 años. Los datos se recogieron mediante entrevistas semiestructuradas a los miembros de la unidad familiar. Las entrevistas fueron grabadas en audio y transcritas literalmente. Los datos se analizaron siguiendo el método de comparación constante y el proceso de codificación.

Resultados:

Del análisis de los datos emergieron las siguientes categorías que explicaban el proceso de afrontamiento: percepciones pre-cirugía e intra-proceso de recuperación, cambios post-cirugía y percepciones post-proceso. La principal motivación para la someterse a la cirugía bariátrica de la paciente fue la de ser madre y cabría hacer mención a ciertos aspectos interesantes previos a la cirugía bariátrica como: fracaso en las dietas previas y una constante crítica externa por parte de su madre, sobre todo antes de casarse, ya que después descuidó su alimentación y se desentendió de los consejos de su madre. La paciente también tenía cierto componente de minimización del problema, pero no presentó alteraciones de la percepción de la realidad ni padeció problemas de autoestima ni patologías médicas asociadas a la obesidad.

En algunos casos, el seguimiento de este tipo de pacientes se refuerza con dietas pautadas por nutricionistas y apoyo psicológico. En nuestro estudio, a la paciente no se la derivó al nutricionista solo se le pautó control por el endocrino, quien se limita a darle consejos nutricionales y a realizar

controles de peso y de niveles bioquímicos, pero, en ningún momento, le ha pautado una dieta exprofeso, tampoco se le ha realizado un seguimiento psicológico tras la intervención

Destaca la satisfacción de los participantes con el proceso, además valoraron positivamente el trato recibido durante la hospitalización, tras el alta y durante el seguimiento. Respecto a los cambios personales y familiares, ningún participante manifestó alteraciones, excepto la madre que adoptó el rol de cuidadora principal. En general, la familia vivió positivamente el proceso gracias al desarrollo de un fuerte apoyo familiar y la firme autoestima y el cambio de hábitos de la paciente.

Conclusiones:

Los participantes valoran positivamente el proceso. El afrontamiento familiar ha sido exitoso gracias al apoyo familiar, al compromiso con el cambio en el estilo de vida y a una sólida autoestima de la paciente. Este estudio proporciona información clave que puede ser usada por profesionales y gestores para mejorar las intervenciones encaminadas a mejorar el afrontamiento de la cirugía bariátrica.

Bibliografía

1.- Obesidad y sobrepeso [Internet]. [citado 4 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

2.- Guallar-Castillón P, Pérez RF, López García E, León-Muñoz LM, Aguilera MT, Graciani A, et al. Magnitude and Management of Metabolic Syndrome in Spain in 2008-2010: The ENRICA Study. Rev Esp Cardiol Engl Ed [Internet]. mayo de 2014 [citado 18 de marzo de 2023];67(5):367-73. Disponible en: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1885585713003150

3.- Moreno B, Zugasti A. Cirugía bariátrica: situación actual. Rev Med Univ Navarra [Internet]. 16 de octubre de 2017 [citado 12 de febrero de 2023];66-71. Disponible en: https://revistas.unav.edu/index.php/revista-de-medicina/article/view/7464

4.- Storman D, Świerz MJ, Storman M, Jasińska KW, Jemioło P, Bała MM. Psychological Interventions and Bariatric Surgery among People with Clinically Severe Obesity—A Systematic Review with Bayesian Meta-Analysis. Nutrients [Internet]. 12 de abril de 2022 [citado 12 de febrero de 2023];14(8):1592. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9024573/

5.- Cruzat-Mandich C, Díaz-Castrillón F, García Troncoso A, Díaz Paredes P. Body image before and after bariatric surgery: Perceptions of young-adults women / Imagen corporal antes y después de cirugía bariátrica: Percepciones de mujeres jóvenes-adultas. Rev Mex Trastor Aliment J Eat Disord [Internet]. 1 de febrero de 2019 [citado 18 de marzo de 2023];10(1):95-108. Disponible en: http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/article/view/496

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 15

Análisis del Riesgo cardiovascular en la Mujer

Tucto Justiniano, Rosa Mercedes

Paso al éxito: Reducción del riesgo de ECV en mujeres.

ANALISIS DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA MUJER

Rosa Mercedes Tucto Justiniano

SATSE CIUDAD REAL
XIV CONGRESO INVESTIGACIÓN

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares representan la principal causa de muerte en las mujeres de España y del mundo. Este riesgo se mantiene durante cualquier etapa de la vida. La identificación de factores de riesgo y su manejo temprano es esencial.

OBJETIVOS

DETERMINAR LA EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES PARA REDUCIR EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN MUJERES

FACTORES QUE AUMENTAN EL RIESGO CARDIOVASCULAR

DURANTE LA ETAPA FÉRTIL

Edad temprana en el primer nacimiento
Abortos de repetición
Parto prematuro
Antecedentes de muerte fetal.
Diabetes gestacional
Bajo peso al nacer
Hipertensión gestacional(Preeclamsia)
Anticoncepción.
Embarazo en mujeres con alto riesgo de cardiopatía isquémica



DURANTE LA MENOPAUSIA

Síndrome metabólico: Adiposidad central resistencia a la insulina, aterosclerosis (aumento de triglicéridos y colesterol LDL y reducción HDL) con consecuencias disfunción endoteliales con cambios adversos en la estructura y función vascular Y variabilidad del ritmo cardiaco





OTRAS CONDICIONES ENDOCRINOLÓGICAS Y GINECOLÓGICAS

Síndrome de ovario poliquístico, Hipogonadismo hipogonadotrópico Insuficiencia ovárica prematura, Endometriosis, Menarquia prematura
Menopausia precoz Antecedentes de histerectomía



FACTORES DE RIESGO CLASICO PREVENIBLE

Hipertensión arterial, mala alimentación, dislipemia, tabaquismo, obesidad, sedentarismo, diabetes. Bajo nivel socioeconómico.

METODOLOGÍA

Búsqueda a través de PubMed de estudios publicados en inglés desde 2018 hasta el 2023.
Términos para la estrategia de búsqueda: interventions OR prevention AND cardiovascular diseases AND women

RESULTADOS

Estrategias para reducir el riesgo cardiovascular

Durante la etapa fértil

Autocontrol de la presión arterial en mujeres después de sufrir hipertensión gestacional.
Todas las mujeres con diabetes gestacional deberían realizarse una prueba de tolerancia a la glucosa entre 4-12 semanas después del parto y repetir cada 1-3 años.
Historial obstétrico y ginecológico completo.
El tratamiento de las mujeres después de tener hipertensión y diabetes gestacional debe hacerse de acuerdo con las guías de prevención secundaria.
Se recomienda lactancia materna por los efectos protectores con respecto al riesgo cardiovascular.

Durante la menopausia

Determinación periódica de glucemia, niveles de lípidos y presión arterial, circunferencias de la cintura.
Estilo de vida saludable: dieta equilibrada y ejercicio regular.
La terapia hormonal está indicada para aliviar los síntomas de la menopausia.
No se recomienda en mujeres con alto riesgo cardiovascular Y después de eventos cardiovasculares.
En mujeres jóvenes, en torno a la menopausia, la terapia hormonal puede ser cardioprotectora

Otras condiciones endocrinológicas y ginecológicas

Las mujeres con síndrome de ovario poliquístico deberían someterse a una evaluación del riesgo cardiovascular:
- Medición de la presión arterial
- Prueba de tolerancia a la glucosa
- Test rápido del perfil lipídico
- Cribado de diabetes gestacional en el embarazo.

Seguir hábitos de vida cardiosaludables en mujeres con síndrome de ovario poliquístico.
Se recomienda la terapia de reemplazo hormonal en mujeres por debajo de los 50 años.

CONCLUSIONES

Abordar el riesgo cardiovascular durante el embarazo, transición a la menopausia y a otras condiciones ginecológicas, realizar una historia cardiovascular integral.
La transición a la menopausia tiene un efecto adverso adicional al envejecimiento lo cual exige una atención específica para conocer el riesgo cardiovascular y promover una calidad de vida óptimos.
Las mujeres con este historial deben ser monitoreadas de cerca para detectar signos de desregulación metabólica y las medidas preventivas de estilo de vida deben implementarse desde el principio.
Es crucial mejorar el conocimiento de la enfermedad cardiovascular por parte de todos los profesionales relacionados.

Resumen: Las enfermedades cardiovasculares representan la principal causa de muerte en mujeres de todo el mundo a partir de los 40 años.

Según el instituto Nacional de Estadística de España dentro de las enfermedades del sistema circulatorio las principales causas están las enfermedades cerebrovasculares, la insuficiencia cardiaca y las enfermedades hipertensivas.En el presente trabajo realizo una revisión de los factores de riesgo que contribuyen al causas de muerte en la mujer, estos factores se encuentran distribuidos en cada etapa por la transcurre la vida de la mujer, durante la etapa fértil, durante la menopausia y en otras condiciones endocrinológicas y ginecológicas.

Palabras Clave: *Enfermedades cardiovasculares, Factores de riesgo cardiovascular, Mujer*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Las enfermedades cardiovasculares representan la principal causa de muerte en las mujeres de España y del mundo, ellas tienen riesgo de padecer alguna enfermedad cardiovascular en cualquier etapa de su vida. La identificación de factores de riesgo y su manejo temprano es esencial, para tomar medidas de prevención en la salud cardiovascular.

Objetivo:

Conocimiento y la percepción del problema por parte de las propias mujeres.

Concienciación para disminuir los riesgos de enfermedades cardiovasculares.

Explicar las principales causas aumento mortalidad cardiovascular en la mujer.

Resultados:

En España en el año 2021 y primer trimestre del 2022 según datos publicados por el INE, las enfermedades del sistema circulatorio fueron la primera causa de mortalidad femenina, de los cuales las enfermedades cerebrovasculares ocupan el primer lugar seguido de insuficiencia cardiaca y enfermedad hipertensiva; mayormente entre las edades de 40 a 79 años y mayores de 80 años. Por comunidades autónomas en donde se registra mayor por mortalidad por estas causas son en Asturias Galicia, Extremadura, Ceuta y Melilla.

AUMENTAN EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN LAS SIGUIENTES ETAPAS DE LA MUJER

DURANTE LA ETAPA FÉRTIL

Edad temprana en el primer nacimiento

Abortos de repetición

Parto prematuro

Antecedentes de muerte fetal.

Diabetes gestacional

Bajo peso al nacer

Hipertensión gestacional (Preeclamsia)

Anticoncepción.

Embarazo en mujeres con alto riesgo de cardiopatía isquémica.

DURANTE LA MENOPAUSIA:

Síndrome metabólico: Adiposidad central resistencia a la insulina, aterosclerosis (aumento de triglicéridos y colesterol LDL y reducción HDL) con consecuencias disfunción endoteliales con cambios adversos en la estructura y función vascular Y variabilidad del ritmo cardiaco.

OTRAS CONDICIONES ENDOCRINOLÓGICAS Y GINECOLÓGICAS

Síndrome de ovario poliquístico, Hipogonadismo hipogonadotrópico Insuficiencia ovárica prematura, Endometriosis, Menarquia prematura, Menopausia precoz y Antecedentes de histerectomía.

FACTORES DE RIESGO CLASICO PREVENIBLE

Hipertensión arterial, mala alimentación, dislipemia, tabaquismo, obesidad, sedentarismo, diabetes, bajo nivel socioeconómico.

Conclusiones:

Abordar el exceso de riesgo cardiovascular durante el embarazo, transición a la menopausia y a otras condiciones ginecológicas, con una historia cardiovascular integral en la mujer

La transición a la menopausia tiene un efecto adverso adicional al envejecimiento, que exige una atención específica para conocer un perfil de riesgo cardiovascular y calidad de vida óptimos.

Las mujeres con este historial médico deben ser monitoreadas de cerca para detectar signos de desregulación metabólica y las medidas preventivas de estilo de vida deben implementarse desde el principio.

Es crucial mejorar el conocimiento de la enfermedad cardiovascular por parte de todos los profesionales relacionados.

Bibliografía

1.- Prof. Rossella E Nappi M. Menopausia: una transición cardiometabólica. Lancet Diabetes Endocrinol. 2022 Junio; 10(6).

2.- Agarwala A, Michos ED, Samad Z, El uso de factores específicos del sexo en la evaluación del riesgo cardiovascular de la mujer, Circulation. 2020 Feb 18;141(7):592-599.

3.- Cada ocho minutos muere una mujer en España por enfermedad cardiovascular. cited 2023 abril 1 abril. Available from: https://fundaciondelcorazon.com/prensa/notas-de-prensa/3899-cada-ocho-minutos-muere-una-mujer-en-espana-por-enfermedad-cardiovascular.html?highlight=WyJyaWVzZ28iLCJjYXJkaW92YXNjdWxhciIsImVuIiwibGEiLCJtdWplciJd.

4.- INE Defunciones según la Causa de Muerte Año 2021 (datos definitivos) y primer semestre 2022.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 16

Angustia antes de Intervención Quirúrgica y Consecuencias Posteriores.

Almena Franco, Ana Isabel
Morote Cumplido, Elena
Novalbos Gómez, María Pilar

ANGUSTIA ANTES DE INTERVENCION QUIRÚRGICA Y CONSECUENCIAS POSTERIORES

XVI CONGRESO INVESTIGACIÓN

Almena Franco, Ana Isabel
Morote Cumplido, Elena
Novalbos Gómez, M Pilar



SATSE

Introducción: La angustia que siente una persona antes de una intervención quirúrgica viene relacionada con la ansiedad que se presenta ante lo desconocido. *Se debe:*

Falta información → Compresión errónea → Pensar en recuperación

Todas esta angustia afecta a la fase postoperatoria, donde se maneja:

Dolor → Recuperación → Riesgo infecciones

Objetivo: Intentar tomar medidas para disminuir la angustia preoperatoria y como consecuencia mejorar el postoperatorio.



Material y método: Se realiza una revisión sistemática con diferentes buscadores como Google Académico, PubMed y CUIDEN entre otros, además de revisar algunos libros y guías de práctica clínica. Tras un análisis del contenido de ellos, se seleccionaron 4 artículos, de los cuales se extrajo información para realizar la revisión sistemática de la investigación.

Resultados: Hay diversos factores que influyen en la recuperación del paciente tras una intervención quirúrgica, y uno de ellos y no menos importante es la angustia o ansiedad que se produce en las personas antes de una intervención quirúrgica.

Conclusiones: Para prevenir la angustia antes de una intervención quirúrgica es necesario:

Hablar con el paciente | Presentarse | Preguntas | Miedos

Con todo ellos intentaremos tranquilizar al paciente en la medida de lo posible, para intentar tener una fase postoperatoria mejor.

Mejorar: RECUPERACIÓN | CALIDAD DE VIDA

Bibliografía:
1. Gaudioso J, García F. Abordaje de la ansiedad preoperatoria. RSI [Internet]. 2021[consultado el 6 de junio de 2023]. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/abordaje-de-la-ansieda-preoperatoria/
2. Quintero A, Yasno D.A, Riveros O. L, Castillo J, Borraex B. A. Ansiedad en el paciente prequirúrgico: un problema que nos afecta a todos. Rev Colomb Cir. 2017;32:115-20.
3. Gordillo F, Arana J.M, Mestas L. Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. REV CLIN MED FAM. 2011; 4(3):228-233.
4. Bagés C, Leixa M, Español C, Imbernón G, Munté N, Vazquéz D. Efectividad de la visita prequirúrgica sobre la ansiedad, el dolor y el bienestar. Enferm. Glob [Internet]. 2015[consultado el 6 de junio de 2023]; 14(39). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000300002

Resumen: Introducción: La angustia que siente una persona antes de una intervención quirúrgica viene relacionada con la ansiedad. Toda esta angustia afecta a la fase postoperatoria.

Objetivo: Intentar tomar medidas para disminuir la angustia preoperatoria en los pacientes.

Material y Método: Se realiza una revisión sistemática con diferentes buscadores.

Resultados: Hay diversos factores que influyen en la recuperación del paciente tras una intervención quirúrgica, y uno de ellos y no menos importante es la angustia o ansiedad.

Conclusiones: Para prevenir la angustia antes de una intervención quirúrgica es necesario hablar con el paciente, para intentar tener una fase postoperatoria mejor.

Palabras Clave: *Angustia, Intervención quirúrgica, Complicaciones postoperatorias*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La angustia que siente una persona antes de una intervención quirúrgica viene relacionada con la ansiedad que se presenta ante lo desconocido, ante una situación que no estamos acostumbrados a vivir todos los días. Esta además algunas veces se debe a la falta de información, a la compresión errónea de la información por los nervios del momento, a encontrarse en un entorno desconocido para la persona, o incluso por pensar en el después, es decir, en la recuperación, en si todo sale bien, en el dolor postoperatorio, etc.

Toda esta angustia afecta a la fase postoperatoria, donde se maneja el dolor, el tiempo de recuperación tras la intervención quirúrgica, y además puede estar implicada dentro del mayor riesgo de infecciones postoperatorias.

Objetivo:

Plantear la angustia que puede sentir una persona cuando va a someterse a una intervención quirúrgica y ver que esta angustia está completamente relacionada con el posoperatorio de la intervención.

Intentar tomar medidas para disminuir la angustia preoperatoria en los pacientes.

Material y Método:

Se realiza una revisión sistemática con diferentes buscadores como Google Académico, PubMed y CUIDEN entre otros, además de revisar algunos libros y guías de práctica clínica. Tras un análisis del contenido de ellos, se seleccionaron 4 artículos, de los cuales se extrajo información para realizar la revisión sistemática de la investigación.

Palabras clave: Angustia, Intervención quirúrgica, Complicaciones, Ansiedad, Prequirúrgico.

Resultados:

Tras realizar la revisión sistemática y leer los diferentes artículos sobre el tema a tratar, podemos comprobar que hay diversos factores que influyen en la recuperación del paciente tras una intervención quirúrgica, y uno de ellos y no menos importante es la angustia o ansiedad que se produce en las personas antes de una intervención quirúrgica.

Conclusiones:

Para prevenir la angustia antes de una intervención quirúrgica es necesario hablar con el paciente, presentarse lo primero, hacerle las preguntas necesarias prequirúrgicas, además de explicarle y preguntarle por sus miedos en ese momento. Con todo ello intentaremos tranquilizar al paciente en la medida de lo posible, para intentar tener una fase postoperatoria mejor. Todas estas medidas mejoraran la recuperación del paciente y mejoraran la calidad de vida dentro de sus limitaciones de la operación que le hayan realizado.

Bibliografía

1.- Gaudioso J, García F. Abordaje de la ansiedad preoperatoria. RSI [Internet]. 2021[consultado el 6 de junio de 2023]. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/abordaje-de-la-ansieda-preoperatoria/

2.- Quintero A, Yasno D.A, Riveros O. L, Castillo J, Borraex B. A. Ansiedad en el paciente prequirúrgico: un problema que nos afecta a todos. Rev Colomb Cir. 2017; 32:115-20.

3.- Gordillo F, Arana J.M, Mestas L. Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. REV CLIN MED FAM. 2011; 4(3):228-233.

4.- Bagés C, Leixa M, Español C, Imbernón G, Munté N, Vazquéz D. Efectividad de la visita prequirúrgica sobre la ansiedad, el dolor y el bienestar. Enferm. Glob [Internet]. 2015[consultado el 6 de junio de 2023]; 14(39). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000300002

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 17

Aplicación de la Oxigenoterapia de Alto Flujo en Pediatría.

Negrea, Alina Corina

APLICACIÓN DE LA OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN PEDIATRÍA

NEGREA, ALINA CORINA

INTRODUCCIÓN

Las infecciones respiratorias agudas son la principal causa de ingreso en el hospital en niños menores de dos años. La utilización de cánulas nasales de alto flujo (CNAF) es una opción terapéutica, eficaz para evitar la ventilación mecánica invasiva, sobre todo en menores de seis meses, ya que forman parte del grupo de mayor riesgo. Esta técnica es bien tolerada por los niños, no requiere sedación y es segura para utilizarla en una planta de hospitalización de pediatría.

La patología respiratoria es una de las principales causas de morbimortalidad en pediatría. La oxigenoterapia permite mantener las funciones biológicas y disminuye el número de complicaciones que pueden estar causadas por la hipoxemia.

OBJETIVO

Describir las aplicaciones de la oxigenoterapia de alto flujo en pediatría así como sus beneficios e inconvenientes

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: SciELO y Medline. Publicados entre 2019 y 2023. Analizando estudios descriptivos transversales y revisiones sistemáticas.

RESULTADOS

El uso de la cánula nasal de alto flujo se utilizó por primera vez como soporte ventilatorio en bebés prematuros y ahora se está ampliando su uso para tratar la insuficiencia respiratoria en bebés y niños mayores. El aire se humedece y se calienta hasta llegar a un valor correspondiente a la temperatura corporal. Es un método efectivo y seguro para procesos respiratorios agudos en niños.

Esta terapia se puede implementar tanto en unidades de hospitalización como en cuidados críticos, pero es necesario que se presten cuidados enfermeros especializados en su manejo.

VENTAJAS

- Mejora la oxigenación
- Reduce el trabajo respiratorio
- Reduce de la necesidad de ventilación mecánica invasiva
- Mejora de la comodidad del paciente ya que no limita la capacidad del paciente para hablar o comer, facilitando el inicio y la progresión de la alimentación.
- Disminuye el trauma nasal

INCONVENIENTES

- Puede producir el desarrollo de úlceras por presión en las zonas de apoyo del dispositivo
- Sequedad de la mucosa nasal
- Sequedad ocular



CONCLUSION

Se ha demostrado en los últimos años que la oxigenoterapia de alto flujo mejora la saturación de oxígeno y la dificultad respiratoria, aumentando la comodidad del paciente con esta terapia ventilatoria. En general, es un dispositivo que es bien tolerado por el paciente, produce menos ruido y no provoca deformaciones nasales.

Resumen: Las infecciones respiratorias agudas son la principal causa de ingreso en el hospital en niños menores de dos años. La utilización de cánulas nasales de alto flujo (CNAF) es una opción terapéutica, eficaz para evitar la ventilación mecánica invasiva, sobre todo en menores de seis meses, ya que forman parte del grupo de mayor riesgo. Esta técnica es bien tolerada por los niños, no requiere sedación y es segura para utilizarla en una planta de hospitalización de pediatría.

Palabras Clave: *Oxigenoterapia, Flujo Respiratorio, Pediatría*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La patología respiratoria es una de las principales causas de morbimortalidad en pediatría. La oxigenoterapia permite mantener las funciones biológicas y disminuye el número de complicaciones que pueden estar causadas por la hipoxemia.

La necesidad de oxigenoterapia está determinada por una presión parcial de oxígeno (PaO2) insuficiente en la sangre arterial, que se asocia con una baja saturación de oxígeno en la hemoglobina.

Objetivo:

Describir las aplicaciones de la oxigenoterapia de alto flujo en pediatría, así como sus beneficios e inconvenientes.

Material y Método:

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: SciELO y Medline. Publicados entre 2019 y 2023. Analizando estudios descriptivos transversales y revisiones sistemáticas.

Resultados:

El aporte de oxígeno se puede realizar mediante distintos tipos de dispositivos según los requerimientos de la FiO2 y la condición clínica del niño, pudiendo estos clasificarse en sistemas de alto y bajo flujo.

Los sistemas de alto flujo aportan una mezcla de oxígeno con el aire ambiente a través de unos orificios de distinto diámetro.

Un tipo de sistema de alto flujo es la cánula nasal de alto flujo (CNAF) que logra la mezcla a través de un mezclador. Son capaces de mejorar la eficiencia respiratoria al llenar el espacio anatómico nasofaríngeo con un flujo elevado y constante de oxígeno, disminuyendo el trabajo respiratorio.

La CNAF es de elección cuando hay un déficit en el aporte de oxígeno hacia los tejidos. Consiste en administrar un flujo de oxígeno que puede estar mezclado con el aire ambiente, por encima del flujo inspiratorio del niño, a través de una cánula nasal. El uso de la cánula nasal de alto flujo se utilizó por primera vez como soporte ventilatorio en bebés prematuros y ahora se está ampliando

su uso para tratar la insuficiencia respiratoria en bebés y niños mayores. El aire se humedece y se calienta hasta llegar a un valor correspondiente a la temperatura corporal. Es un método efectivo y seguro para procesos respiratorios agudos en niños. Esta terapia se puede implementar tanto en unidades de hospitalización como en cuidados críticos, pero es necesario que se presten cuidados enfermeros especializados en su manejo.

La oxigenoterapia de alto flujo (OAF) puede proporcionar numerosos beneficios, entre los que se encuentran:

1. Mejora de la oxigenación: proporciona una mayor cantidad de oxígeno al niño, mejorando la oxigenación en situaciones de insuficiencia respiratoria. Se encarga de la corrección de los estados de hipoxia tisular.

2. Reducción del trabajo respiratorio: ayudando a mejorar la eficiencia respiratoria, reduciendo la fatiga y aumentando el confort.

3. Reducción de la necesidad de ventilación mecánica invasiva: lo que puede reducir el riesgo de complicaciones asociadas a la intubación.

4. Mejora de la comodidad del paciente: ya que no requiere la inserción de un tubo en la tráquea y no limita la capacidad del paciente para hablar o comer, facilitando el inicio y la progresión de la alimentación.

5. Mejora el funcionamiento de todos los órganos.

6. Incrementa la energía.

7. Reduce la presión sanguínea.

8. Disminuyen el trauma nasal.

Por otro lado, también debemos tener en cuenta sus inconvenientes. Una de las grandes desventajas del uso de la cánula nasal de alto flujo es que puede producir el desarrollo de úlceras por presión en las zonas de apoyo del dispositivo y también puede provocar sequedad de la mucosa nasal y ocular.

Conclusiones:

Se ha demostrado en los últimos años que la oxigenoterapia de alto flujo mejora la saturación de oxígeno y la dificultad respiratoria, aumentando la comodidad del paciente con esta terapia ventilatoria. En general, es un dispositivo que es bien tolerado por el paciente, produce menos ruido y no provoca deformaciones nasales.

Bibliografía

1.- González Martínez F, González Sánchez MI, Toledo del Castillo B, Pérez Moreno J, Medina Muñoz M, Rodríguez Jiménez C, et al. Tratamiento con oxigenoterapia de alto flujo en las crisis asmáticas en la planta de hospitalización de pediatría: nuestra experiencia. An Pediatr (Barc). 2019; 90:72—78.

2.- Spindola R. Oxigenoterapia y Cánula nasal de alto flujo en pediatría. Sal. Cienc. Tec. [Internet]. 2022 [citado 10 de junio de 2023]; 2:70. Disponible en: https://doi.org/10.56294/saludcyt202270

3.- Gauto Benítez Rodolfo, Morilla Sanabria Laura Patricia, Pavlicich Viviana, Mesquita Mirta. Oxigenoterapia por cánula nasal de alto flujo en pacientes con crisis asmática en un servicio de urgencias pediátricas. Rdo. chile pediatra [Internet]. diciembre de 2019 [citado el 10 de junio de 2023]; 90(6): 642-648. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062019000600642&lng=es. http://dx.doi.org/10.32641/rchped.v90i6.1145.4.

4.- Pírez Catalina, Peluffo Gabriel, Giachetto Gustavo, Menchaca Amanda, Pérez Walter, Machado Karina et al. Terapia de oxígeno. Arco. pediatra Urug. [Internet]. 2020 dic. [citado el 2023 Jun 10]; 91 (suplemento 1): 26-28. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492020000700026&lng=es. Epub 01-dic-2020. https://doi.org/10.31134/ap.91.s1.1.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 18

Aplicación de Terapia VAC en una Fístula Enteroatmosférica: A propósito de un caso clínico

Fernández Izquierdo, María del Pilar
Arteaga Carrasco, David
Barrilero Salcedo, María Luisa
González Madrid, Pilar
Romo Gallego, Gema
Valero Hernández, Lidia

"APLICACIÓN DE TERAPIA VAC EN UNA FISTULA ENTEROATMOSFÉRICA: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO"

MARIA PILAR FERNÁNDEZ IZQUIERDO, DAVID ARTEAGA CARRASCO, MARIA LUISA BARRILERO SALCEDO, PILAR GONZALEZ MADRID, GEMA ROMO GALLEGO, LIDIA VALERO HERNÁNDEZ

INTRODUCCIÓN

Las fistulas enteroatmosféricas (FEA) constituyen un subgrupo dentro de las fistulas enterocutáneas (FEC) en pacientes con laparotomía o abdomen abierto. Se caracterizan por ser superficiales, de alto débito y rodeadas de vísceras o tejido de granulación. Son fistulas que casi nunca cierran espontáneamente.

La terapia de vacío o VAC (Vacuum Assisted Clousure) es un sistema no invasivo y dinámico que aplica un cierre asistido por vacío. Promueve la cicatrización mediante la retirada del exudado y la estimulación de la angiogénesis.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Mujer de 65 años intervenida de eventroplastia TAR más dermolipeptomía, con una reintervención urgente en el primer día del postoperatorio con resección de ID segmentaria + apendicectomía + doble prótesis. La evolución inicial fue favorable, hasta el 16º día postoperatorio en el que debuta con una FEA de alto débito, que tras no responder al tratamiento conservador con somatostatina y dieta absoluta con soporte nutricional parenteral, requirió una tercera intervención quirúrgica y terapia VAC.

La evolución fue lentamente favorable, precisó de varias curas al día por parte del equipo de enfermería de la unidad hospitalización de cirugía, debido a las fugas y al alto débito de la fistula.

AP: Alérgica a la Ranitidina. HTA. Obesidad. Hiperuricemia. IRC con nefroangioesclerosis. Hiperplasia endometrial. Nódulos suprarrenal derecho. DABVD.

I.Qx. previas: colecistectomía, paratiroidectomía subtotal, eventroplastia y herniorrafia.

PALABRAS CLAVE: Fístula enterocutánea, fistula enteroatmosférica, terapia VAC.

PLAN DE CUIDADOS

NANDA(00004): RIESGO DE INFECCIÓN	NOC(2305): RECUPERACIÓN QUIRÚRGICA: POSTOPERATORIO INMEDIATO	NIC (2300): ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS. NIC (1400): MANEJO DEL DOLOR.
	NOC(1103)CURACIÓN DE LA HERIDA: POR SEGUNDA INTENCIÓN	NIC ()6540): CONTROL DE LA INFECCIÓN. NIC (3590) VIGILANCIA DE LA PIEL. NIC (3660): CUIDADOS DE LAS HERIDAS: - Monitorizar caracteristicas de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. - Administración de cuidados del sitio de incisión. - Utilización de terapia VAC.
NANDA(00002): DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO	NOC (1004): ESTADO NUTRICIONAL.	NIC (1160): MONITORIZACIÓN NUTRICIONAL. - Balance hidroelectrolítico. Control estricto entradas- salidas.
NANDA(00047)): RIESGO DETERIORO DE INTEGRIDAD CUTÁNEA	NOC (1101): INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS.	NIC (3590): VIGILANCIA DE LA PIEL. - Vigilar aparición de abrasiones de la piel.

DISCUSIÓN

El manejo de los pacientes con FEA precisa un abordaje interdisciplinario, siendo un reto importante para los médicos, nutricionistas, farmacéuticos, pero también, para la enfermería ya que además de ejecutar gran parte de lo prescrito por lo anteriores profesionales, somos los encargados de los cuidados de las heridas.

En el siguiente cuadro se muestra la evolución cronológica de la paciente, haciendo referencia al volumen diario del débito de la fistula, medidas de la herida, número de curas cada 24 horas, grado de dependencia y manejo del dolor relacionado con la herida.



TERAPIA VAC	DÍA 10	DÍA 30	DÍA 60
DÉBITO FÍSTULA	1200cc/DÍA	700cc/DÍA	150cc/DÍA
MEDIDAS	22x10x8	20x7x6	11x4x2
Nº CURAS	1C/24H +1REFUERZO APÓSITO/DIA	1C/48H+1REFUERZO APÓSITOC/48H	1C/126H
GRADO DE DEPENDENCIAS	VIDA CAMA-SILLÓN	DEMABULA CON DISPOSITIVO DE APOYO	DEAMBULA SIN AYUDA
MANEJO DEL DOLOR R/HERIDA	EVA=9 ANALGESICOS 3ºESCALÓN	EVA = 6 AINES IV ALTERNOS	EVA = 2 AINES VO C/8H

CONCLUSIÓN

Los cuidados a personas con fistulas enteroatmosféricas en el ámbito clínico tienen un abordaje interdisciplinar basado en: prevenir y controlar la sepsis, desequilibrio hidroelectrolítico, prevenir la desnutrición, control del efluente y cuidados de la herida y piel perilesional.

En este abordaje debemos destacar el papel fundamental del profesional de enfermería en el cuidado y manejo para minimizar o evitar complicaciones e incluso la muerte, y muy en especial el cuidado de la herida y piel perilesional.

Una opción cada vez más usada, es la colocación de un dispositivo VAC, ya que favorece la perfusión y por tanto la cicatrización, reduciendo el edema y retirando el exudado, al mismo tiempo que hace de barrera para la colonización bacteriana. Además, proporciona mayor independencia, movilidad y comodidad al paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Ramos Gilcrha MR, Torner Hernandez I, Álvarez Galarza BM. Aplicación de terapia V.A.C. en fistula enterocutánea de difícil manejo. Enfermería Integral. marzo de 2014;104:36- Editor de Revista de Calidad Asistencial. Pacientes empoderados para una mayor confianza en el sistema sanitario. Vol. 30. Núm. 1. Páginas e1-e18 Páginas 1-52 (Enero - Febrero 2015). Citado: 20diciembre 2022.Disponible: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-sumario-vol-30-num-1-S1134282X15X00029.
- NANDA-NIC-NOC nnnconsult. Https://nnnconsult.com.
- Durán Muñoz-Cruzado VM, Talón Aguilar L, Tinoco González J, Sánchez Arteaga A, Tamayo López MJ, Pareja Ciuró F, et al. Actualización sobre el manejo de la fístula enterocutánea y fístula enteroatmosférica. Cir Andal. 2019.

Resumen: Caso clínico de una paciente intervenida de eventroplastia TAR más dermolipeptomía, con una reintervención urgente en el primer día del postoperatorio. La evolución inicial fue favorable, hasta el día 16º, que debutó con una fístula enteroatmoférica (FEA) de alto débito, que, tras no responder al tratamiento conservador, requirió una tercera intervención quirúrgica y la aplicación de terapia VAC (Vacuum Assited Clousure). Siendo la colocación de este tipo de dispositivo VAC, una opción cada vez más usada en el tratamiento de FEA.

Palabras Clave: *Fístula, Enterocutánea, Terapia VAC*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Las fístulas enteroatmosféricas (FEA) constituyen un subgrupo dentro de las fístulas enterocutáneas (FEC) en pacientes con laparotomía o abdomen abierto. Se caracterizan por ser superficiales, de alto débito y rodeadas de vísceras o tejido de granulación. Son fístulas que casi nunca cierran espontáneamente.

Entre el 80-90% de las fístulas se desarrollan después de una cirugía abdominal siendo más frecuente en cirugía urgente. El resto son consecuencia de enfermedad inflamatoria intestinal, trauma, cáncer o diverticulitis.

Son factores de riesgo la malnutrición, inmunodepresión, peritonitis bacteriana, insuficiencia renal, cirrosis, enfermedad vascular mesentérica, la obesidad, exposición a quimio/radioterapia y la cirugía previa.

La terapia VAC es un sistema no invasivo y dinámico que aplica un cierre asistido por vacío. Promueve la cicatrización mediante la retirada del exudado y la estimulación de la angiogénesis.

Observación clínica:

Mujer de 65 años intervenida de eventroplastia TAR más dermolipeptomía, con una reintervención urgente en el primer día del postoperatorio con resección de ID segmentaria + apendicectomía + doble prótesis. La evolución inicial fue favorable, hasta el 16º día postoperatorio en el que debuta con una FEA de alto débito, que, tras no responder al tratamiento conservador con Somatostatina y dieta absoluta con soporte nutricional parenteral, requirió una tercera intervención quirúrgica y terapia VAC.

La evolución fue lentamente favorable, precisó de varias curas al día por parte del equipo de enfermería de la unidad hospitalización de cirugía, debido a las fugas y al alto débito de la fistula.

Antecedentes personales: Alérgica a la Ranitidina. HTA. Obesidad. Hiperuricemia. IRC con nefroangioesclerosis. Hiperplasia endometrial. Nódulos suprarrenales derecho. DABVD.

Intervenciones quirúrgicas previas: colecistectomía, paratiroidectomia subtotal, eventroplastia y herniorrafia.

Plan de cuidados:

El modelo de enfermería utilizado en el Hospital de referencia es el de Marjory Gordon.

Tras la valoración debemos tomar decisiones respecto a los diagnósticos prioritarios. En nuestro caso, encontramos alteración en 8 de los 11 patrones valorados, dándole prioridad a aquellos que están más relacionados con el control del desequilibrio hidroelectrolítico y nutricional, control del efluente, cuidado de la piel y herida, sin dejar de atender a su red de apoyo familiar.

1. NANDA (00004): RIESGO DE INFECCIÓN:

NOC (2305): RECUPERACIÓN QUIRÚRGICA: POSTOPERATORIO INMEDIATO.

NIC (2300): ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS.

NIC (1400): MANEJO DEL DOLOR.

NOC (1103): CURACIÓN DE LA HERIDA: POR SEGUNDA INTENCIÓN.

NIC ()6540): CONTROL DE LA INFECCIÓN.

NIC (3590): VIGILANCIA DE LA PIEL.

NIC (3660): CUIDADOS DE LAS HERIDAS:

– Monitorizar características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.

– Administración de cuidados del sitio de incisión.

– Utilización de terapia VAC.

2. NANDA (00002): DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO.

NOC (1004): ESTADO NUTRICIONAL.

NIC (1160): MONITORIZACIÓN NUTRICIONAL.

– Balance hidroelectrolítico. Control estricto entradas- salidas.

3. NANDA (00047): RIESGO DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA.

NOC (1101): INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS.

NIC (3590): VIGILANCIA DE LA PIEL.

– Vigilar aparición de abrasiones de la piel.

Discusión:

El manejo de los pacientes con FEA precisa un abordaje indisciplinar, siendo un reto importante para los médicos, nutricionistas, farmacéuticos... pero también, para la enfermería ya que además de ejecutar gran parte de lo prescrito por lo anteriores profesionales, somos los encargados de los cuidados de las heridas.

Se muestra la evolución cronológica de la paciente: a los diez, a los treinta y a los sesenta días, haciendo referencia a los siguientes parámetros:

– El volumen diario del débito de la fistula: con un drenado inicial de 1200 cc/día hasta reducirse progresivamente hasta 150 cc/ día.

– Medida de la herida: a los 10 días con una dimensión de 22x10x8 cm y llegar a disminuir su tamaño hasta 11x4x2 cm.

– Número de curas cada 24 horas: al principio con 1 cura + un refuerzo del apósito c/24 horas hasta poder espaciar las curas a 1 c/126 horas.

– Grado de dependencia: al comienzo hacia vida cama – sillón, a los 30 días podía deambular con dispositivo de ayuda, y a los 60 días, era capaz de deambular sin ayuda y transportando su propio dispositivo VAC.

– Manejo del dolor relacionado con la herida: al principio tenía EVA=9 (con analgesia de 3º escalón), con evolución favorable a un EVA=2 (con analgesia oral c/8h).

Conclusiones:

Los cuidados a personas con FEA en el ámbito clínico tienen un abordaje indisciplinar basado en: prevenir y controlar la sepsis, desequilibrio hidroelectrolítico, prevenir la desnutrición, control del efluente y cuidados de la herida.

En este abordaje debemos destacar el papel fundamental del profesional de enfermería en el cuidado y manejo para minimizar o evitar complicaciones e incluso la muerte, y muy en especial el cuidado de la herida y piel perilesional.

Una opción cada vez más usada para el tratamiento de las FEA, es la colocación de un **dispositivo VAC**, ya que favorece la perfusión y por tanto la cicatrización, reduciendo el edema y retirando el exudado, al mismo tiempo que hace de barrera para la colonización bacteriana. Además, proporciona mayor independencia, movilidad y comodidad al paciente.

Bibliografía

1.- Ramos Girona MR, Torner Hernandez I, Álvarez Galarza EM. Aplicación de terapia V.A.C. en fistula enterocutánea de difícil manejo. Enfermería Integral. marzo de 2014; 104:35- Editor de Revista de Calidad Asistencial. Pacientes empoderados para una mayor confianza en el sistema sanitario. Vol. 30. Número. 1.. Páginas e1-e18 Páginas 1-52 (Enero - Febrero 2015). Citado: 20 diciembre 2022.Disponible: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-sumario-vol-30-num-1-S1134282X15X00029.

2.- NANDA-NIC-NOC nnnconsult. Https://nnnconsult.com.

3.- Durán Muñoz-Cruzado VM, Tallón Aguilar L, Tinoco González J, Sánchez Arteaga A, Tamayo López MJ, Pareja Ciuró F, et al. Actualización sobre el manejo de la fistula enterocutánea y fistula enteroatmosférica. Cir Andal. 2019.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 19

Aprendiendo sobre el triaje

Sanabria Moreno, María
Garrido Ruiz, Vanessa



APRENDIENDO SOBRE EL TRIAJE

Autores: María Sanabria Moreno, Vanessa Garrido Ruiz

SATSE

Introducción

El triaje ha sido definido por la OMS como la clasificación de los pacientes en grupos prioritarios, de acuerdo a sus necesidades y a los recursos disponibles, siendo vital en el funcionamiento de los SUH.

Es el proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes en función de su urgencia/gravedad, antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa, cuyo fin último es garantizar la seguridad clínica del paciente ante una eventual espera a ser atendido.

Objetivo

Su objetivo no es la disminución de los tiempos de espera, sino la mejora de la asistencia en dichos servicios

Material y métodos

El triaje no es sólo un proceso que se realiza en los SUH, sino que debe ser realizado en toda asistencia sanitaria en la que el número de pacientes que requieren asistencia sanitaria sea superior a los recursos disponibles

Variedades del triaje

- **Triaje hospitalaria**: Realizado en las urgencias hospitalarias
- **Triaje extrahospitalario**: Realizado fuera del hospital, habitualmente en situaciones de incidentes de múltiples víctimas. Puede ser realizado en primer lugar por personal no sanitario (triaje simple) o por personal sanitario especializado (triaje complejo de la víctima)
- **Triaje telefónico:** Realizado habitualmente en Centros de Coordinación Sanitaria
- **Triaje avanzado:** Es un tipo de triaje en el que la enfermera que lo realiza, una vez clasificado el paciente, tiene autonomía y competencia para realizar pruebas complementarias, procedimientos y/o administración de medicación, mediante la aplicación de protocolos o guías clínicas, antes de la visita médica reglada.
- **Triaje multidisciplinar**: Es el llevado a cabo por un equipo de Profesionales
- **Triaje estructurado**: Hace referencia a la utilización de una escala de triaje que cumple unas características y una metodología establecida en base a algoritmos de decisión consensuados. Las premisas que debe cumplir un sistema de triaje estructurado son: validez, utilidad, fiabilidad y reproductibilidad. Se caracteriza por presentar 5 niveles de prioridad.

Actualmente se reconocen cinco modelos de triaje estructurado

- La Australian Triage Scale (ATS).
- La Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS).
- El Manchester Triage System (MTS).
- El Emergency Severit Index (ESI).
- El Sistema Español de Triaje (SET) avalado por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias a partir del Modelo Andorrano de Triaje (MAT): MAT-SET.

TIEMPOS DE ESPERA SEGÚN SISTEMAS

Nivel de prioridad	MTS	SET-MAT CTAS ATS	SET-MAT
Crítico Nivel I	Inmediato	Inmediato	Inmediato
Emergencia Nivel II	10 minutos	15 minutos	Inmediato enfermería 7 minutos medicina
Urgencia Nivel III	60 minutos	45 minutos	15 minutos
Estándar Nivel IV	120 minutos	120 minutos	30 minutos
No urgente Nivel V	240 minutos	240 minutos	40 minutos

Proceso del triaje

Entrevista
Lenguaje verbal y no verbal
Exploración, toma de constantes, y pruebas complementarias
Toma de decisiones
Transferencia
Control del estrés
Reevaluaciones

Motivos de consulta más habituales

Dolor
Dolor torácico no traumático
Dolor torácico traumático
Disnea
Fiebre
Mareo
Dolor abdominal
Vómitos-Diarrea
TCE
Bradi-taquiarritmias
Traumatismos en extremidades
Quemaduras

Códigos tiempo-dependientes:

Código sepsis
Código intoxicaciones
Código IAM
Código ICTUS
Códigos politrauma

Aplicaciones especiales del triaje

Paciente pediátrico
Embarazada
Pacientes con problemas de salud mental

Conclusiones

La disponibilidad de un sistema de triaje es considerado como un indicador de calidad de riesgo-eficiencia para los SUH.

La enfermera es el profesional que con mayor frecuencia realiza las funciones de triaje, para lo cual se le requiere un perfil competencial, unas habilidades y una formación complementaria

Resumen: El triaje ha sido definido por la OMS como la clasificación de los pacientes en grupos prioritarios, de acuerdo a sus necesidades y a los recursos disponibles, siendo vital en el funcionamiento de los SUH.

Es el proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes en función de su urgencia/gravedad, antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa, cuyo fin último es garantizar la seguridad clínica del paciente ante una eventual espera a ser atendido, puesto que todo paciente urgente no siempre es grave y no todo paciente grave es siempre urgente.

Palabras Clave: Triaje, Urgencias, Prioridad

Desarrollo del Trabajo:

El objetivo del triaje no es la disminución de los tiempos de espera, sino la mejora de la asistencia en dichos servicios.

El triaje no es solo un proceso que se realiza en los SUH, sino que debe ser realizado en toda asistencia sanitaria en la que el número de pacientes que requieren asistencia sanitaria sea superior a los recursos disponibles. Existen 6 tipos de triaje:

- **Triaje hospitalario:** realizado en las urgencias hospitalarias.

- **Triaje extrahospitalario:** realizado fuera del hospital, habitualmente en situaciones de incidentes de múltiples víctimas. Puede ser realizado en primer lugar por personal no sanitario (triaje simple) o por personal sanitario especializado (triaje complejo de la víctima).

- **Triaje telefónico:** realizado habitualmente en Centros de Coordinación Sanitaria.

- **Triaje avanzado:** es un tipo de triaje en el que la enfermera que lo realiza, una vez clasificado el paciente, tiene autonomía y competencia para realizar pruebas complementarias, procedimientos y/o administración de medicación, mediante la aplicación de protocolos o guías clínicas, antes de la visita médica reglada.

- **Triaje multidisciplinar:** es el llevado a cabo por un equipo de profesionales.

- **Triaje estructurado:** hace referencia a la utilización de una escala de triaje que cumple unas características y una metodología establecida en base a algoritmos de decisión consensuados. Las premisas que debe cumplir un sistema de triaje estructurado son: validez, utilidad, fiabilidad y reproductibilidad. Se caracteriza por presentar 5 niveles de prioridad.

Actualmente se reconocen cinco modelos de triaje estructurado:

- La Australian Triage Scale (ATS).
- La Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS).
- El Manchester Triage System (MTS).
- El Emergency Severit Index (ESI).

• El Sistema Español de Triaje (SET) avalado por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias a partir del Modelo Andorrano de Triaje (MAT): MAT-SET.

El tiempo de espera según el modelo MAT-SET son:

- Nivel I: inmediato.

- Nivel II: inmediato enfermería, 7 minutos medicina.

- Nivel III: 15 minutos.

- Nivel IV: 30 minutos.

- Nivel V: 40 minutos.

Las enfermeras de triaje afrontan niveles elevados de estrés y manifiestan realizar su trabajo de forma continuada bajo un nivel de presión emocional elevada y condiciones emocionales inestables, que deben saber gestionar para poder influir en los pacientes y sus acompañantes de forma positiva. Debe tener habilidades de comunicación y observación, así como ser capaz de construir una relación empática con el paciente.

Las claves para la realización de una valoración, clasificación y ubicación del paciente según su nivel de prioridad, optimizando los recursos disponibles con las máximas garantías de seguridad son realizando una buena entrevista, usando lenguaje verbal y no verbal, realizando una exploración, toma de constantes y pruebas complementarias, una buena toma de decisiones, transferir los datos, tener control del estrés y realizar reevaluaciones.

Los motivos de consulta más habituales son: dolor, dolor torácico no traumático, dolor torácico traumático, disnea, fiebre, mareo, dolor abdominal, vómitos-diarrea, TCE, bradi-taquiarritmias, traumatismos en extremidades y quemaduras.

El triaje tiene unas aplicaciones especiales en el paciente pediátrico, embarazada y pacientes con problemas de salud mental.

Por otro lado, la enfermera de triaje debe ser conocedora de las

características de las diversas patologías tiempo-dependientes, para poder detectar y actuar con la mayor celeridad posible en beneficio de la asistencia a estos pacientes, activando los correspondientes códigos de activación que pretenden dar una asistencia continuada, coordinada y sin demoras, mediante la atención y estabilización inicial a través de circuitos especiales para este tipo de patologías, siendo estos códigos los siguientes: sepsis, intoxicaciones, IAM, ICTUS y politrauma.

Conclusiones:

La disponibilidad de un sistema de triaje es considerado como un indicador de calidad de riesgo-eficiencia para los SUH.

La enfermera es el profesional que con mayor frecuencia realiza las funciones de triaje, para lo cual se le requiere un perfil competencial, unas habilidades y una formación complementaria.

Bibliografía

1.- Actuación de la Enfermera/o en el ámbito de los cuidados en situaciones de Urgencias y Emergencias [Internet]. INSTITUTO ESPAÑOL DE INVESTIGACIÓN ENFERMERA Y CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA DE ESPAÑA; 2020. Disponible en: https://www.ieinstituto.es/noticias/508-nuevo-documentode-trabajo-sobre-la-actuacion-de-las-enfermeras-en-lasurgencias-y-emergencias

2.- Álvarez MC. El triage en los servicios de urgencias hospitalarios: papel de la enfermería. Enfer Clin. 2000; 11: 58-66.- Corujo S, Molina J. Triaje hospitalario. ¿Intervención enfermera independiente? Rol Enferm. 2014; 37: 24-8.

3.- Defensor del pueblo. Las urgencias hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud: derechos y garantías de los pacientes [Internet]. 2015 [Citado el 08 de diciembre de 2020].

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 20

Asociación entre el consumo de frutos ricos en antocianinas y su influencia en la función cognitiva.

Palacios Díaz, Adrián
Torres Molina, Ángela

ASOCIACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE FRUTOS RICOS EN **ANTOCIANINAS** Y SU INFLUENCIA EN LA **FUNCIÓN COGNITIVA**

Adrián Palacios Díaz
Ángela Torres Molina

ANTECEDENTES

Es sabido que una gran variedad de frutos rojos o bayas son fuente de antocianinas, una serie de compuestos químicos que pueden tener un impacto beneficioso en el proceso de cognición.

OBJETIVO

Recopilar información sobre los efectos que se obtienen tras la administración de este tipo de moléculas (en zumo o extracto) en población sana y en pacientes con Deterioro Cognitivo Leve (DCL) y demencia.

METODOLOGÍA

BD
- PubMed.
- Google Schoolar.

PC
- Antocianinas.
- Función cognitiva.
- Frutos rojos.
- Riesgo de demencia.

CI
- Ensayos clínicos.
- Población sana.
- Población DCL y D.
- Publicados en 2017-2023
- Inglés.

RESULTADOS POST-INTERVENCIÓN

MAYORES DCL	→	Varias activaciones regionales y una mejor respuesta neuronal.
MAYORES DEMENCIA	→	Mejoras en fluidez verbal, memoria a corto y largo plazo.
JÓVENES SANOS	→	Efectos positivos en tareas de atención.
MAYORES SANOS	→	Numerosas activaciones cerebrales y aumento de la perfusión de lóbulos parietal y occipital. Respuesta mejorada en memoria.

CONCLUSIONES

Los ensayos clínicos analizados reportan datos prometedores sobre mejoras en el rendimiento cognitivo en población sana, como retraso de los síntomas en pacientes con DCL o demencia instaurada.

Resumen: Los frutos rojos son ricos en antocianinas, moléculas con un alto potencial de mejorar y/o mantener determinadas funciones cognitivas y que ofrecen protección frente a enfermedades neurológicas. El presente estudio trata de abordar qué áreas cerebrales están implicadas en esta cuestión tanto en población sana como diagnosticada de deterioro cognitivo leve y demencia. Para ello, se ha llevado a cabo una revisión de tres ensayos clínicos aleatorizados donde se recogen datos suficientemente significativos que indican una mejora en las capacidades cognitivas de los individuos sometidos a la ingesta de zumo o extracto de arándanos.

Palabras Clave: Función Cognitiva, Antocianinas, Demencia.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Las antocianinas son un tipo de sustancias químicas que forman parte del grupo de los polifenoles, concretamente, flavonoides, que se encuentran en un alto porcentaje en determinados alimentos como los frutos rojos, entre ellos, arándanos, fresas y moras. Los flavonoides han sido ampliamente estudiados y se han demostrado numerosas propiedades antioxidantes y antiinflamatorias, así como su impacto beneficioso en el deterioro cognitivo. De entre los distintos tipos de moléculas que conforman el grupo de flavonoides, las antocianinas son las que tienen mejores resultados en cuanto a la protección de enfermedades neurodegenerativas y mejora del deterioro cognitivo en adultos mayores.

Objetivo:

Recoger datos concretos sobre los efectos de las antocianinas, en zumo o extracto, en las distintas áreas cerebrales tanto en población sana como con deterioro cognitivo leve y riesgo de demencia.

Material y Métodos:

Para llevar a cabo la investigación se ha realizado una búsqueda sistemática en las siguientes bases de datos: Google académico y Medline (a través de PubMed). La estrategia de búsqueda fue redactada mediante las siguientes palabras clave: antocianinas, función cognitiva, frutos rojos y riesgo de demencia. Los criterios de inclusión empleados fueron:

- Ensayos clínicos aleatorizados.
- Población sana.
- Población con deterioro cognitivo leve o demencia.
- Publicados entre 2017-2023.
- Redactados en inglés.

Resultados :

Una vez aplicados los criterios redactados con anterioridad, la búsqueda arrojó un total de 12 publicaciones, de las que, una vez leídos título y resumen fueron seleccionados 4 para la redacción de esta revisión.

Tras la lectura completa de los artículos seleccionados se obtuvieron los siguientes resultados tras la administración de zumo o extracto de arándanos y que han sido divididos en cuatro grupos, bajo el criterio de sanos y enfermos:

- Personas mayores con deterioro cognitivo leve: se produjeron numerosas activaciones regionales y en general hubo una mejor respuesta neuronal.

- Personas mayores con demencia instaurada: se obtuvieron mejoras tanto en fluidez verbal como en la memoria (a corto y largo plazo).

- Personas jóvenes sanas: se demostraron efectos positivos en distintas tareas de atención.

- Personas mayores sanas: se visualizaron numerosas activaciones cerebrales junto con un aumento de la perfusión de los lóbulos parietal y occipital. Además, hubo una respuesta mejorada en la memoria.

Conclusiones:

Las distintas investigaciones ofrecen datos suficientemente significativos en cuanto al impacto beneficioso en las capacidades cognitivas de la población con deterioro cognitivo leve y demencia, así como en población sana. No obstante, la evidencia científica de la que se dispone es limitada, pero creciente en este aspecto.

Bibliografía

1.- Boespflug EL, Eliassen JC, Dudley JA, Shidler MD, Kalt W, Summer SS, et al. Enhanced neural activation with blueberry supplementation in mild cognitive impairment. Nutr Neurosci. 2018;21(4):297–305.

2.- Kent K, Charlton K, Roodenrys S, Batterham M, Potter J, Traynor V, et al. Consumption of anthocyanin-rich cherry juice for 12 weeks improves memory and cognition in older adults with mild-to-moderate dementia. Eur J Nutr. 2017;56(1):333–41.

3.- Krikorian R, Skelton MR, Summer SS, Shidler MD, Sullivan PG. Blueberry supplementation in midlife for dementia risk reduction. Nutrients. 2022;14(8):1619.

4.- Bowtell JL, Aboo-Bakkar Z, Conway ME, Adlam A-LR, Fulford J. Enhanced task-related brain activation and resting perfusion in healthy older adults after chronic blueberry supplementation. Appl Physiol Nutr Metab. 2017;42(7):773–9.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 21

Asociación entre el uso de pantallas y el desarrollo del trastorno del espectro autista en niños en edad preescolar

Sánchez Hermoso, Lorena
León Romero, María Jesús
Villalobos Martín-Moreno, Ana Belén
Carrasco Murcia, María José
León Carrasco, Marina
Hidalgo Benítez, Beatriz

ASOCIACIÓN ENTRE EL USO DE PANTALLAS Y EL DESARROLLO DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN PACIENTES EN EDAD PREESCOLAR

INTRODUCCIÓN

El Trastorno del Espectro Autista *es una alteración del desarrollo neurológico caracterizada por un conjunto de síntomas, presentes desde las fases iniciales del desarrollo. Los Trastornos del Espectro Autista (TEA) son un grupo de afectaciones que se caracterizar por algún grado de dificultad en la interacción social y la comunicación. Además también presentan patrones atípicos de actividad y comportamiento como dificultad para pasar de una actividad a otra, gran atención a los detalles y reacciones poco habituales a las sensaciones.*

Según la Academia Americana de Pediatría el tiempo recomendado de ***exposición a pantallas*** *varía en función de la edad: 0 – 2 años: Nada de pantallas. 2 – 5 años: Entre media y una hora al día.*

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión sistemática de la literatura utilizando estrategias de búsqueda estructuradas según el formato PICO (Población, Intervención, Comparación y Resultados) para localizar documentos publicados sobre la relación existente entre el uso de pantallas y el desarrollo del TEA. -La búsqueda se realizó en los meses de marzo y abril de 2023. La fuente bibliográfica consultada Google Académico. Las palabras clave utilizadas "pantallas", "TEA" y "paciente edad preescolar" en primera búsqueda, añadiendo "asociación" en la segunda. No se utilizó ningún término clave para definir intervenciones, tratamientos, diagnósticos o resultados que pudieran acotar la búsqueda.

OBJETIVO

EL objetivo de esta revisión sistemática es sintetizar la evidencia disponible sobre la asociación entre el uso de pantallas y el desarrollo del trastorno del espectro autista en niños en edad preescolar



Artículos recuperados de la búsqueda

↓

Google Académico: 351

↓

Se eliminan duplicados y se acota la búsqueda artículos 5 últimos años. en español e inglés : 5

ESTUDIO	AÑO	PAIS	AUTOR	DISEÑO	MUESTRA	RESULTADO
Efectos del aumento de la exposición a pantallas electrónicas y su relación con el TEA	2020	Pakistán	Dra. Aliya Bibi, Sana Naseer Khan, Haroon Rashid, Umme Kulsoom, Mahnoor Musharraf y Sajid Alí	Estudio transversal	100	La utilización excesiva de pantallas electrónicas se relaciona con síntomas autistas.
La relación entre la exposición a pantallas electrónicas y el riesgo de síntomas de tipo autista en niños pequeños con desarrollo típico	2020	Malasia	Md Zaki Fadzil, Dhania Sorfina Y Murad, Mohd Suleiman	Estudio transversal	120	El presente estudio reveló una relación entre la exposición a pantallas electrónicas y el riesgo de síntomas de tipo autista en niños pequeños con un desarrollo típico
Asociaciones transversales de tiempo de pantalla y juego al aire libre con habilidades sociales en niños en edad preescolar	2018	Australia	Trina Hinkley, Helen Brown y Valeria Carson,megan teychenne	Estudio transversal	575	Ha demostrado que el tiempo total frente a la pantalla y el juego al aire libre están asociados con las habilidades sociales de los niños en edad preescolar
Asociación de experiencias de medios sociales y digitales en la vida temprana con el desarrollo de síntomas similares al trastorno del espectro autista	2020	EEUU	Dra. Karen Frankel Heffler; Danielle M. Sienko, MS; Keshab Subedi, MS, MSc; y otros	Estudio de cohortes	2152	Asociación significativa de exposiciones con riesgo de TEA y/o síntomas similares a TEA
Exposición temprana a pantallas electrónicas y conductas similares a las del autismo entre niños en edad preescolar: el papel mediador de la interacción entre el cuidador y el niño, la duración del sueño y las actividades al aire libre	2020	China	Jing Yi Chen, Esben Strodl ORCIDO,Li Hua Huang ORCIDO,Ying Jie Chen ,Gui You Yang y Wei Qing Chen	Estudio de cohortes	29461	La exposición temprana a la pantalla entre los 0 y los 3 años se asoció con la presencia de comportamientos similares al autismo en la edad preescolar

CONCLUSIONES

Se ha demostrado una asociación significativa entre el uso de pantallas y el desarrollo de síntomas del Trastorno del Espectro Autista (TEA). Pero en general existe un déficit de estudios relacionados con los efectos de la exposición a pantallas en la salud de los niños en edad preescolar. A pesar de los resultados significativos, con los estudios realizados hasta el momento no es posible definir una relación causal. Para finalizar, los datos encontrados apoyan también la necesidad de una intervención de Salud Pública por parte de las enfermeras pediátricas de Atención Primaria, en un intento de prevenir el desarrollo de síntomas autísticos, mediante recomendaciones sobre el uso de pantallas en las familias con niños pequeños, advirtiendo de los riesgos que conlleva un uso inapropiado para su edad.

L. Sánchez; M.J. León; A. Villalobos; M. J. Carrasco; M. León; B. Hidalgo

Resumen: El autismo es un trastorno grave del neurodesarrollo cuya prevalencia ha ido en aumento en los últimos años. Se caracteriza por trastornos en las interacciones sociales, la comunicación y el comportamiento. No sabemos la razón exacta del aumento de la incidencia del autismo, pero uno de los factores que atribuimos es un acceso cada día mayor a los medios electrónicos desde edades muy tempranas. El objetivo de esta revisión sistemática es sintetizar la evidencia disponible sobre la asociación entre el uso de pantallas y el desarrollo del trastorno del espectro autista en niños en edad preescolar

Palabras Clave: Pantallas, TEA, Niños edad preescolar

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El Trastorno del Espectro Autista es una alteración del desarrollo neurológico caracterizada por un conjunto de síntomas, presentes desde las fases iniciales del desarrollo. Los Trastornos del Espectro Autista (TEA) son un grupo de afectaciones que se caracterizar por algún grado de dificultad en la interacción social y la comunicación. Además, también presentan patrones atípicos de actividad y comportamiento como dificultad para pasar de una actividad a otra, gran atención a los detalles y reacciones poco habituales a las sensaciones.

Según la **Academia Americana de Pediatría** el tiempo recomendado de **exposición a pantallas** varía en función de la edad: **0 – 2 años:** Nada de pantallas. **2 – 5 años:** Entre media y una hora al día.

Objetivo:

El objetivo de esta revisión sistemática es sintetizar la evidencia disponible sobre la asociación entre el uso de pantallas y el desarrollo del trastorno del espectro autista en niños en edad preescolar.

Material y Métodos:

Se realizó una revisión sistemática de la literatura utilizando estrategias de búsqueda estructuradas según el formato PICO (Población, Intervención, Comparación y Resultados) para localizar documentos publicados sobre la relación existente entre el uso de pantallas y el desarrollo del TEA.

La búsqueda se realizó en los meses de marzo y abril de 2023.

La fuente bibliográfica consultada Google Académico.

Las palabras clave utilizadas “pantallas”, “TEA” y “niños edad preescolar” en primera búsqueda, añadiendo “asociación” en la segunda. Se limitó a artículos publicados en los 5 últimos años.

Resultados y conclusiones:

Se ha demostrado una asociación significativa entre el uso de pantallas y el desarrollo de síntomas del Trastorno del Espectro Autista (TEA). Pero en general existe un déficit de estudios relacionados con los efectos de la exposición a pantallas en la salud de los niños en edad preescolar. A pesar de los resultados significativos, con los estudios realizados hasta el momento no es posible definir una relación causal. Para finalizar, los datos encontrados apoyan también la necesidad de una intervención de Salud Pública por parte de las enfermeras pediátricas de Atención Primaria, en un intento de prevenir el desarrollo de síntomas autísticos, mediante recomendaciones sobre el uso de pantallas en las familias con niños pequeños, advirtiendo de los riesgos que conlleva un uso inapropiado para su edad.

Es fundamental para impulsar el desarrollo infantil la interacción significativa de las niñas y niños con sus cuidadores, sin que medie el efecto distractor de las pantallas. A su vez, la excesiva exposición a pantallas se asocia con efectos adversos tales como retrasos cognitivos por lo que es importante potenciar un uso racional de las pantallas entre los menores, ya desde los primeros años de la vida, y detectar riesgos y posibles daños provocados por una indebida utilización.

Se deberá hacer foco en las siguientes recomendaciones (AAP, 2016):

• No usar pantallas antes de ir a dormir, durante la alimentación o como instrumento de calma.

• No exponer a niñas y niños a contenidos violentos o inapropiados para su edad.

• Limitar el tiempo de exposición a pantallas de acuerdo con las recomendaciones de la AAP. Para los niños menores de 18 meses, se debe evitar el consumo mediático a no ser por los vídeo chats. Los padres de niños entre 18 a 24 meses de edad que quieren introducir contenido digital deben elegir programas de alta calidad y verlos en compañía de sus niños para ayudarlos a discernir lo que están viendo. Para los niños entre las edades de 2 a 5 años, se debe limitar el uso a 1 hora al día de programas de alta calidad. Los padres deben ver el contenido mediático junto con sus niños para ayudarlos a entender lo que están viendo y aplicarlo al mundo que los rodea.

• Establecer reglas de uso de la tecnología para toda la familia.

• No ofrecer modelos de consumo excesivo de tecnología; enseñar con el ejemplo conductas de uso responsable y saludable, dado que la imitación es el principal factor de influencia para el uso de pantallas a esta edad.

• Compartir el tiempo de pantalla con sus hijas e hijos, en lugar de usar los dispositivos tecnológicos como sustitutos de cuidadores.

Bibliografía

1.- Bibi, A., Khan, SN, Rasheed, H., Kulsoom, U., Musharraf, M. y Ali, S. (2022). Efectos del aumento de la exposición a pantallas electrónicas y su relación con los síntomas del espectro autista (TEA): un estudio transversal en Peshawar. Pakistan Journal of Medical Research , 61 (1), 30-34.

2.- Dr. Zaki Fadzil, DS y Murad, MS (2020). La relación entre la exposición a pantallas electrónicas y el riesgo de síntomas de tipo autista entre los niños pequeños con un desarrollo típico. Ámbito de la Salud , 3 (2), 78-85.

3.- Hinkley T, Brown H, Carson V, Teychenne M (2018) Asociaciones transversales de tiempo de pantalla y juego al aire libre con habilidades sociales en niños en edad preescolar. PLoS ONE 13(4): e0193700. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193700

4.- Heffler KF , Sienko DM , Subedi K , McCann KA , Bennett DS. Asociación de experiencias de medios sociales y digitales en la vida temprana con el desarrollo de síntomas similares al trastorno del espectro autista. JAMA Pediatría. 2020;174(7):690–696. doi:10.1001/jamapediatrics.2020.0230

5.- Chen, J.-Y.; Strodl, E.; Huang, L.-H.; Chen, Y.-J.; Yang, G.-Y.; Chen, W.-Q. Exposición temprana a pantallas electrónicas y comportamientos de tipo autista entre niños en edad preescolar: el papel mediador de la interacción entre el cuidador y el niño, la duración del sueño y las actividades al aire libre. Niños 2020 , 7 , 200. https://doi.org/10.3390/children7110200

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 22

Aspectos básicos del síndrome de brugada.

Ruiz Sánchez de León, Fermín
Arroyo Martínez, Esther
Ruiz Sánchez de León, Inmaculada del Carmen
Alcaraz García, Beatriz

ASPECTOS BÁSICOS DEL SÍNDROME DE BRUGADA

Ruiz Sánchez de León, F
Arroyo Martínez, E
Ruiz Sánchez de León, I C
Alcazar García, B

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Brugada se dio a conocer por primera vez en 1992 gracias a la investigación de los hermanos Brugada (Pedro y Josep) en ocho pacientes, siendo el primer paciente en el que lo observaron un niño de tres años de edad. Se trata de una enfermedad cardiaca hereditaria de modo autosómico dominante, localizado en el cromosoma 3, generalmente en el gen SCN5A que está relacionado con el canal de sodio cardiaco; también se han descrito casos de pacientes que tenían alteraciones genéticas pertenecientes al canal de calcio al canal de potasio.

Se define por ser una enfermedad con alteraciones en el electrocardiograma características de un bloque cardiaco de rama derecha acompañado de un ascenso persistente del segmento ST en las derivaciones precordiales entre V1 y V3.

Este síndrome predispone a sufrir arritmias ventriculares, como la taquicardia ventricular polimórfica y/o una fibrilación ventricular, que desembocan en una muerte súbita en caso de no recibir tratamiento o atención sanitaria, se considera que este síndrome es responsable de al menos el 4% del total de muertes súbitas y de un 20% cuando se trata de muertes súbitas en pacientes sin cardiopatías estructurales previas.

Palabras clave:
Síndrome de Brugada, Muerte súbita, Fibrilación ventricular, Taquicardia ventricular.

OBJETIVOS

Con la realización de este trabajo buscamos:

- Conocer qué es el Síndrome de Brugada.
- Por qué aparece
- Tipos de patrones en el electrocardiograma
- Repercusiones asociadas
- Tratamiento

MATERIAL Y MÉTODO

Para esta comunicación científica se ha llevado a cabo una búsqueda de información en diferentes páginas webs tanto de artículos científicos como médicos para la realización de una revisión bibliográfica sistemática.
No se aplicó un rango de publicación, ya que no hay gran cantidad de artículos que traten sobre este tema, por ello se seleccionaron los de mayor relevancia.

Los artículos eran del tipo cualitativo y cuantitativo y revisiones sistemáticas que cumplen los criterios de inclusión.

RESULTADOS

Tiene una prevalencia sensiblemente mayor en hombres que en mujeres (aprox. 80%), con edades comprendidas entre los 40-45 años.
La mayoría de los episodios transcurren durante las horas de sueño, mientras las personas están en reposo o en situaciones que tengan un componente vagal.

Tipos de patrones en un electrocardiograma del síndrome de Brugada:

- Patrón tipo 1: Tiene una elevación descendente de segmento ST mayor o igual a 2 mm en más de una derivación precordial derecha de V1 a V3, seguida de una onda T negativa. **Es el considerado como definitorio para el diagnóstico.**
- Patrón 2: Se aprecia una elevación del segmento ST mayor o igual a 2 mm en derivaciones precordiales derechas (V1-V3) seguida de una onda T positiva o isobifásica, adquiriendo el electrocardiograma un aspecto de silla de montar.
- Patrón 3: Cualquiera de los dos patrones anteriores pero con la elevación del segmento ST menor o igual a 1 mm.

La opción terapéutica idónea es implantar un desfibrilador automático implantable en caso de ser un paciente sintomático.
Otra alternativa de tratamiento es el farmacológico a través de la prescripción de dos tipos de medicamentos:

-Uno que inhiban las corrientes de potasio Ito
-Otro fármaco que aumenten las corrientes de calcio ICaL.

CONCLUSIONES

Resaltamos la importancia de reconocer este síndrome a la hora de analizar un electrocardiograma, tanto en atención primaria como en atención especializada, debido al alto grado de mortalidad que suelen tener estos pacientes y su edad, la mayoría están en la década de los 40 años.

Se considera una enfermedad muy infra diagnosticada, que es el principal motivo de que la bibliografía esté muy limitada o que haya aspectos de la enfermedad que se desconozcan

Se estima la necesidad de llevar a cabo más investigaciones para poder conocer más sobre este síndrome.

BIBLIOGRAFÍA:

- Arbelo E, Brugada J. Síndrome de Brugada 2013 [Internet]. Secardiologia.es. [citado el 25 de febrero de 2023]. Disponible en: https://secardiologia.es/images/stories/secciones/estimulacion/cuadernos-estimulacion/17/sindrome_de_brugada_2013.pdf
- Benito B, Brugada J, Brugada R, Brugada P. Síndrome de Brugada. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2009;62(11):1297–315. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300893209730829
- Brugada J, Brugada P, Brugada R. El síndrome de Brugada y las miocardiopatías derechas como causa de muerte súbita. Diferencias y similitudes. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2000;53(2):275–85. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300893200750901
- Giménez NI, Yanela C, Foglia N, Laura Giménez A, Aguirre R. SINDROME DE BRUGADA: Revisión [Internet]. Edu.ar. [citado el 25 de febrero de 2023]. Disponible en: https://med.unne.edu.ar/revistas/revista154/5_154.pdf
- Picón Heras R. Síndrome de Brugada: puesta al día. Cardiocore [Internet]. 2013;48(2):69–74. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1889898X12000898

Resumen: A principios de los años 90 surge una nueva enfermedad cuyo origen es la genética. Se trata de una alteración incluida en las denominadas canalopatías, ya que la variación está presente en los genes que conducen la formación de las proteínas cardíacas encargadas de regularizar el paso de los iones en la membrana celular. Este síndrome produce unos cambios eléctricos que favorecen la aparición de arritmias de origen ventricular en la mayoría de los casos produciendo generalmente síncopes, aunque también pueden llegar a causar muerte súbita. Es bautizada como Síndrome de Brugada.

Palabras Clave: Síndrome de Brugada, Fibrilación ventricular, Taquicardia ventricular.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El síndrome de Brugada se dio a conocer por primera vez en 1992 gracias a la investigación de los hermanos Brugada (Pedro y Josep) en ocho pacientes, siendo el primer paciente en el que lo observaron un niño de tres años de edad. Se trata de una enfermedad cardíaca hereditaria de modo autosómico dominante, localizado en el cromosoma 3, generalmente en el gen SCN5A que está relacionado con el canal de sodio cardíaco; también se han descrito casos de pacientes que tenían alteraciones genéticas pertenecientes al canal de calcio al canal de potasio.

Se define por ser una enfermedad con alteraciones en el electrocardiograma características de un bloque cardíaco de rama derecha acompañado de un ascenso persistente del segmento ST en las derivaciones precordiales entre V1 y V3.

Este síndrome predispone a sufrir arritmias ventriculares, como la taquicardia ventricular polimórfica y/o una fibrilación ventricular, que desembocan en una muerte súbita en caso de no recibir tratamiento o atención sanitaria, se considera que este síndrome es responsable de al menos el 4% del total de muertes súbitas y de un 20% cuando se trata de muertes súbitas en pacientes sin cardiopatías estructurales previas.

Objetivo:

Con la realización de este trabajo buscamos:

- Conocer qué es el Síndrome de Brugada.
- Por qué aparece
- Tipos de patrones en el electrocardiograma
- Repercusiones asociadas
- Tratamiento

Material y Métodos:

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

No se aplicó un rango de publicación, ya que no hay gran cantidad de artículos que traten sobre este tema, por ello se seleccionaron los de mayor relevancia.

Los artículos eran del tipo cualitativo y cuantitativo y revisiones sistemáticas que cumplen los criterios de inclusión.

Resultados:

Tiene una prevalencia sensiblemente mayor en hombres que en mujeres (aprox. 80%), con edades comprendidas entre los 40-45 años.

La mayoría de los episodios transcurren durante las horas de sueño, mientras las personas están en reposo o en situaciones que tengan un componente vagal.

Tipos de patrones en un electrocardiograma del síndrome de Brugada:

• Patrón tipo 1: Tiene una elevación descendente de segmento ST mayor o igual a 2 mm en más de una derivación precordial derecha de V1 a V3, seguida de una onda T negativa. Es el considerado como definitorio para el diagnóstico.

• Patrón 2: Se aprecia una elevación del segmento ST mayor o igual a 2 mm en derivaciones precordiales derechas (V1-V3) seguida de una onda T positiva o isobifásica, adquiriendo el electrocardiograma un aspecto de silla de montar.

• Patrón 3: Cualquiera de los dos patrones anteriores, pero con la elevación del segmento ST menor o igual a 1 mm.

La opción terapéutica idónea es implantar un desfibrilador automático implantable en caso de ser un paciente sintomático.

Otra alternativa de tratamiento es el farmacológico a través de la prescripción de dos tipos de medicamentos:

- Uno que inhiban las corrientes de potasio Ito

- Otro fármaco que aumenten las corrientes de calcio ICaL.

Conclusiones:

Resaltamos la importancia de reconocer este síndrome a la hora de analizar un electrocardiograma, tanto en atención primaria como en atención especializada, debido al alto grado de mortalidad que suelen tener estos pacientes y su edad, la mayoría están en la década de los 40 años.

Se considera una enfermedad muy infra diagnosticada, que es el principal motivo de que la bibliografía esté muy limitada o que haya aspectos de la enfermedad que se desconozcan.

Se estima la necesidad de llevar a cabo más investigaciones para poder conocer más sobre este síndrome.

Bibliografía

1.- Arbelo E, Brugada J. Síndrome de Brugada 2013 [Internet]. Secardiologia.es. [citado el 25 de febrero de 2023]. Disponible en: https://secardiologia.es/images/stories/secciones/estimulacion/cuadernos-estimulacion/17/sindrome_de_brugada_2013.pdf

2.- Benito B, Brugada J, Brugada R, Brugada P. Síndrome de Brugada. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2009;62(11):1297–315. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300893209730829

3.- Brugada J, Brugada P, Brugada R. El síndrome de Brugada y las miocardiopatías derechas como causa de muerte súbita. Diferencias y similitudes. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2000;53(2):275–85. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300893200750901

4.- Giménez NI, Yanela C, Foglia N, Laura Giménez A, Aguirre R. SINDROME DE BRUGADA: Revisión [Internet]. Edu.ar. [citado el 25 de febrero de 2023]. Disponible en: https://med.unne.edu.ar/revistas/revista154/5_154.pdf

5.- Picón Heras R. Síndrome de Brugada: puesta al día. Cardiocore [Internet]. 2013;48(2):69–74. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1889898X12000898

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 23

Atención extrahospitalaria del paciente con quemaduras: a propósito de un caso.

Moya Crespo, Elena

ATENCIÓN EXTRAHOSPITALARIA DEL PACIENTE CON QUEMADURAS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autora: Moya Crespo, Elena

La **piel** es el órgano más grande del cuerpo humano y, a través de sus capas protege a nuestro sistema inmune de los organismos del medio ambiente.

La **quemadura** es un daño producido en la piel por causas físicas o químicas que altera las proteínas de los tejidos, los destruye y produce un cambio en la piel.

FISIOPATOLOGÍA

- COAGULACIÓN
- INFLAMACIÓN
- PROLIFERACIÓN
- MADURACIÓN
- ZONA DE HIPEREMIA
- ÉSTASIS

CAMBIOS EN EL ORGANISMO

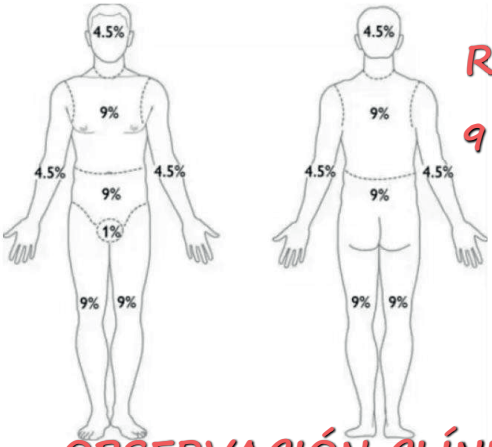
TENSIÓN ARTERIAL - SANGRE HACIA INTESTINO - MASA MUSCULAR

TASA METABÓLICA BASAL x3

EDEMA - CONFUSIÓN - AGITACIÓN - LESIÓN RENAL AGUDA



CLASIFICACIÓN



REGLA DE LOS 9 DE WALLACE

OBSERVACIÓN CLÍNICA

MUJER DE 83 AÑOS ATENDIDA POR LA UVI MÓVIL EN SU HOGAR

VÍA AÉREA PERMEABLE - BRADIPNEA - HIPOXEMIA - hTA - HIPERTERMIA - GLASGOW MODERADO - 33% SCQ

O2 RESERVORIO - MONITORIZACIÓN PREVIA – ECG – VVP - RINGER LACTATO + 40 mg PANTOPRAZOL (IV) + 1 amp. ONDANSENTRÓN (IV) + 150 mcg FENTANILO (IV) + 10 mg DIAZEPAM (VO) - QUEMADURAS: IRRIGACIÓN SF + PAÑO ESTÉRIL

MÉTODO SAMPLE - SONDAJE VESICAL

PLAN DE CUIDADOS

NANDA	NOC	NIC
Deterioro del intercambio gaseoso	Estado respiratorio: intercambio gaseoso	Oxigenoterapia
Riesgo de déficit de volumen de líquidos	Curación de las quemaduras	Curación de las heridas: quemaduras
Deterioro de la eliminación urinaria	Eliminación urinaria	Sondaje vesical
Dolor agudo	Control del dolor	Administración de analgésicos
Hipertermia	Termorregulación	Regulación de la temperatura
Riesgo de shock	Severidad del shock hipovolémico	Manejo de la hipovolemia
Deterioro de la integridad cutánea	Integridad tisular: piel/mucosas	Cuidado de las heridas: quemaduras

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

RAPIDEZ + TRABAJO EN EQUIPO = **ÉXITO**

Evitar pérdida de líquido e infecciones; mejorar saturación O2

BIBLIOGRAFÍA

1.Pérez-Ramírez JE, Cárdenas Suárez LE, Gonzaga Jaya AM. Capítulo 39. Quemaduras - PDF Descargar libre [Internet]. 2022 [citado 22 de abril de 2023]. Disponible en: https://docplayer.es/231197835-Capitulo-39-quemaduras.html 2.Jiménez Serrano R, García Fernández FP, Jiménez Serrano R, García Fernández FP. Manejo de las quemaduras de primer y segundo grado en atención primaria. Gerokomos. 2018;29(1):45-51. 3. Heather Herdman T, Kamitsuru S, Takáo Lopes C. Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación 2021-2023. NANDA. 12ª edición. Elsevier; 2021. 4. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5ª edición. Elsevier; 2014. 5. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6ª edición. Elsevier; 2014.

Resumen: La piel forma una barrera que protege al sistema inmune de los organismos del medio ambiente. Las quemaduras dañan la piel y destruyen tejidos produciendo en el organismo respuestas locales y sistémicas para intentar solucionar el daño ocasionado. Además, aparecen cambios a nivel cardiovascular, renal o neurológico, entre otros.

Las quemaduras se pueden clasificar en primer, segundo o tercer grado y la superficie corporal quemada (SCQ) se puede determinar siguiendo varios métodos.

Para poder atender extrahospitalariamente a un paciente con quemaduras realizaremos una evaluación primaria y secundaria que nos ayudarán a establecer diagnósticos y a actuar correctamente.

Palabras Clave: Piel, Quemadura, Superficie Corporal.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El órgano más grande del cuerpo humano es la piel y, a través de sus capas (epidermis, dermis e hipodermis) cumple varias funciones donde la más importante es la de proteger, ya que constituye una barrera entre virus, bacterias y hongos del medio ambiente y el sistema inmune.

Se define quemadura al daño producido en la piel por causas físicas o químicas que alteran las proteínas de los tejidos (y los destruyen) y producen un cambio en la piel, así como consecuencias emocionales y mentales.

El organismo reacciona a través de varias fases para solucionar el problema. Primero, se van a formar coágulos para evitar hemorragias (coagulación), seguidamente se produce una autolisis para favorecer que se forme nuevo tejido (inflamación) y una migración celular (proliferación). La perfusión de los tejidos va a disminuir, pero estos son salvables si se intensifica la perfusión tisular (estasis), el tejido empieza a recuperarse (zona de hiperemia) y, finalmente, alcanza resistencia y se forma la cicatriz (maduración).

Además, aparece hipotensión, edema, confusión, agitación, disminuye la sangre que llega al intestino y la masa muscular, la tasa metabólica basal se triplica y puede aparecer lesión renal aguda durante la reanimación del paciente o secundaria a una sepsis (por ello es importante que las cantidades de líquidos administradas sean agresivas).

El diagnóstico se determina según la profundidad, tamaño o capas de la piel afectadas, así como el estado del paciente. Un método para determinar la SCQ es la Regla de los nueve de Wallace que fracciona nuestro cuerpo en zonas del 9%. Al mismo tiempo, las quemaduras se pueden clasificar en primer grado o quemadura epidérmica (eritema y edema), segundo grado o quemadura dérmica (ardor y ampollas), tercer grado o quemadura profunda.

Observación clínica:

Mujer de 83 años atendida por la UVI móvil en su hogar ya que ha sufrido quemaduras. Se encuentra consciente, obnubilada, con dolor y muy nerviosa. Según la regla de los 9 de Wallace

la SCQ es del 33% (quemaduras de tercer grado en miembro superior derecho, ½ del miembro inferior derecho (MID), ½ de abdomen y 1/3 de la espalda).

En la valoración inicial (ABCDE), la vía aérea está permeable, la respiración es espontánea y la paciente está en bradipnea con una saturación basal de 83% que se soluciona administrando oxígeno con bolsa reservorio a 15 lpm al 100%. La SpCO es del 12%. A nivel hemodinámico, ritmo sinusal, hipotensión, hipertermia y normoglucemia. No se percibe relleno distal ni pulsos en los miembros afectados por las quemaduras. Se administra con bomba de infusión Ringer Lactato calculando la cantidad con la fórmula de Parkland (kg x SCQ x 4ml) para evitar que la pérdida de líquido sea excesiva; 40 mg de Pantoprazol IV, una ampolla de Ondansentron IV, 150 mcg de Fentanilo IV y 10 mg de Diazepam VO. A nivel neurológico, la puntuación de Escala de Glasgow obtenida es de 12 (deterioro neurológico moderado) ya que a nivel ocular responde órdenes verbales, habla, aunque esté obnubilada y localiza el dolor. Por último, previamente se habían retirado todos los complementos y la ropa; se irrigaron las quemaduras son SF a temperatura ambiente y se cubrieron con paños estériles, además de cubrir a la paciente para preservar su intimidad.

A la hora de realizar la evaluación secundaria se siguió el método SAMPLE:

• Síntomas: dolor más leve que al inicio debido a la analgesia administrada. La TA ha mejorado.

• Alergias: NAMC (comprobado previamente con sus familiares)

• Medicación actual: Copinal, Losartán HCT, Kreon, Plantago, Neurotín, Tryptizol, Topamax, Lyrica, Pantoprazol, Palexia, Prevencor, Alzerta.

• Pasado médico: pancreatitis crónica, estenosis del canal lumbar. Bronquiolectasias en base izquierda. Deterioro cognitivo leve. Intervenida quirúrgicamente de pancreatitis, hernia y estenosis (x3)

• Última comida: 09:30 h. desayuno.

• Eventos/ambiente relacionado con la lesión: mujer sentada en un sillón al lado de la ventana con una vela encendida cerca de una cortina que se cae al suelo y ocasiona el fuego.

Se reevaluó el nivel de conciencia que se mantenía en 12 puntos y se decidió sondar a la mujer con sonda Foley 18Ch para controlar la diuresis.

A la llegada al hospital se comunica toda la información respecto a la paciente al personal sanitario que pasará a atenderla allí.

PLAN DE CUIDADOS

1) Diagnóstico NANDA. 00030. Deterioro del intercambio de gases.

NOC.0402 Estado respiratorio: intercambio gaseoso.

NIC.3320 Oxigenoterapia.

2) Diagnóstico NANDA. 00028. Riesgo de déficit de volumen de líquidos.

NOC.1106 Curación de las quemaduras.

NIC.3661 Cuidados de las heridas: quemaduras.

3) Diagnóstico NANDA. 00016. Deterioro de la eliminación urinaria.

NOC.0503 Eliminación urinaria.

NIC.0580 Sondaje vesical.

4) Diagnóstico NANDA. 00132. Dolor agudo.

NOC.1605 Control del dolor.

NIC.2210 Administración de analgésicos.

5) Diagnóstico NANDA. 0007. Hipertermia.

NOC.0800 Termorregulación.

NIC.3900 Regulación de la temperatura.

6) Diagnóstico NANDA. 00205. Riesgo de shock.

NOC.0419 Severidad del shock hipovolémico.

NIC.4170 Manejo de la hipovolemia.

7) Diagnóstico NANDA. 00046. Deterioro de la integridad cutánea.

NOC.1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

NIC.3661 Cuidados de las heridas: quemaduras.

Conclusiones:

Atender de forma precoz a un paciente con quemaduras es importante para que el éxito y la resolución del problema se produzcan cuanto antes, así como para evitar que la pérdida de líquido sea excesiva, para mejorar el aporte de oxígeno e, incluso para prevenir la aparición de infecciones. Si elaboramos un plan de cuidados según la intervención requerida nos ayudará a manejar mejor el problema y si trabajamos en equipo la situación se resolverá de manera beneficiosa para el paciente.

Bibliografía

1.- Pérez-Ramírez JE, Cárdenas Suárez LE, Gonzaga Jaya AM. CAPÍTULO 39. QUEMADURAS - PDF Descargar libre [Internet]. 2022 [citado 22 de abril de 2023]. Disponible en: https://docplayer.es/231197835-Capitulo-39-quemaduras.html

2.- Jiménez Serrano R, García Fernández FP, Jiménez Serrano R, García Fernández FP. Manejo de las quemaduras de primer y segundo grado en atención primaria. Gerokomos. 2018;29(1):45-51.

3.- Heather Herdman T, Kamitsuru S, Takáo Lopes C. Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación 2021-2023. NANDA. 12a edición. Elsevier; 2021.

4.- Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5a edición. Elsevier; 2014.

5.- Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6a edición. Elsevier; 2014.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 24

Autismo y ceguera. Enfoque desde la fisioterapia.

Palencia Guerrero, María Teresa
Lozano Jiménez, Sandra
Arcas Domínguez, Sandra

AUTISMO Y CEGUERA. ENFOQUE DESDE LA FISIOTERAPIA

Mª Teresa Palencia Guerrero; Sandra Lozano Jiménez; Sandra Arcas Domínguez

INTRODUCCIÓN

Paciente 6 años, displasia septo-óptica (ceguera) y rasgos TEA asociados, hipersensible a cualquier estimulo externo. Lenguaje con ecolalias.

No interés en explorar objetos, rechaza y tira. Cuando algo le crea miedo y ansiedad, porque has anticipado la tarea, se enfada, muerde las manos y se golpea la cabeza.

En el aula, sentado en una silla acompañado de un ATE. Dependiente para ABVD.

Apoyo del equipo multidisciplinar del centro: orientador, PT, AL y Fisioterapia y de la ONCE.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

- Sentado, presenta actitud cifótica, cuando se le pide, corrige la posición.
- Realiza volteos. Mantiene posición de cuadrupedia si se la inicias, y le gusta desplazarse también desde la posición de sentado arrastrándose.
- Se pone de pie desde posición de cuclillas dándole un dedo.
- Tono bajo en tronco y extremidades.
- Reflejos osteotendinos conservados.
- Poca fuerza en prensión y agarre. Realiza pinza, y manipulación de objetos de diferente tamaños y texturas con ambas manos.
- En general, buena movilidad en todas las articulaciones sin limitaciones ni deformidades articulares.
- Independiente para comerse el almuerzo, una vez la ATE se lo ha preparado encima de la mesa.
- Alteración del patrón de marcha con base de sustentación ampliada y RE de caderas, agarrado de un adulto o guiándose por medio de la pared si conoce el trayecto.
- Mantiene apoyo monopodal pero con ayuda.
- No lanza ni recibe pelota.
- Capaz de reconocer diferentes partes del cuerpo y levar la mano a ellas.

PLAN DE CUIDADOS DE FISIOTERAPIA

- Aumentar autonomía e independencia en desplazamientos y ABVD.
- Integrar al chico en el grupo.
- Mejorar control postural y simetría, tanto sentado como durante la marcha.
- Disminuir hipersensibilidad a todos los estímulos que le rodean para poder relacionarse mejor con su entorno y por tanto conocer el medio que le rodea.
- Reeducar la marcha.
- Trabajar equilibrio en distintas posiciones.
- Entrenar coordinación.

Trabajado por medio de actividades como: caminar por terrenos inestables, trayectos en bicicleta adaptada, trepar espalderas y realizar trayectos laterales, estimulación sensorial por medio de distintos materiales, discriminación auditiva, juegos de manipulación fina, subir y bajar escaleras con un solo apoyo, trayectos y equilibrio usando banco sueco, terapia de relajación usando pelota de Bobath, recorrer pequeñas distancias (clase-aseo) guiándose por la pared, realizar sesiones conjuntas con E.F y a ser posibles controlar los recreos. En casa recomendado momento baño para realizar actividades de estimulación somática.

DISCUSIÓN

Planteamos tipo de escolarización. Caso bastante complicado en el que la ceguera es una discapacidad secundaria del autismo profundo que presenta. Posibilidades: continuar con e. ordinaria o en lugar de pasar directamente a e.especial, pasar primero por combinada. Todo el equipo multidisciplinar y la ONCE piensa que tomar contacto con e.especial seria beneficioso por distintas razones: mas recursos, aulas con menos niños y atención más personalizada, niños con características similares.

CONCLUSIÓN

Comportamiento ha dificultado el desarrollo de las sesiones (nervioso, llorando y gritando con frecuencia) con todo el equipo multidisciplinar.

A pesar de ello todos los profesionales han trabajado por conseguir un objetivo fundamental en su caso: aumentar independencia y autonomía, además de integrarlo con el resto del alumnado. Conseguido que empiece a manejar bici realizando pequeños trayectos, desplazamientos clase-aseo, clase-gimnasio (usando escaleras) con bastante independencia y un grupo de niños lo han integrado en el grupo, haciéndole participar en recreos y E.F.

SATSE

Resumen: Paciente con displasia septo-óptica y autismo en el entorno escolar. Tras realizar una valoración exhaustiva y proponer objetivos específicos de Fisioterapia y en común con el resto del equipo multidisciplinar, se trabaja para conseguir la máxima independencia del niño dentro de lo que permiten sus discapacidades. La ceguera pasa a ser una discapacidad secundaria del autismo tan profundo que presenta.

Tratamos de implicar al máximo a la familia para que sigan las mismas pautas de trabajo que en el entorno escolar, una vez más, todos trabajando por unos mismos objetivos.

Tras unos meses de terapia podemos decir que se consiguen pequeños avances, pero consideramos que los logros podrían haber sido mayores, por eso replanteamos tipo de escolarización.

Palabras Clave: Autistic Disorder, Blindness, Neurological Rehabilitation

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Paciente, 6 años con displasia septo-óptica (ceguera) y rasgos TEA asociados, hipersensible a cualquier estímulo externo. Lenguaje con ecolalias.

No muestra interés en explorar objetos y buscarlos, los rechaza y tira, si se insiste en que los mantenga puede manifestar enfado. Cuando algo le crea miedo y ansiedad, porque no le has anticipado la tarea o le has cambiado la rutina, se enfada, se muerde las manos y se golpea la cabeza.

En el aula, permanece sentado en una silla acompañado de un ATE. Totalmente dependiente para las ABVD.

Recibe apoyo del equipo multidisciplinar del centro: orientador, PT, AL y Fisioterapia y de la ONCE una vez por semana. Externo al centro apoyo de Logopedia, Terapia Ocupacional, Musicoterapia y Fisioterapia.

Observación clínica:

En el aula, sentado, presenta actitud cifótica, cuando se le pide, coloca los miembros superiores encima de la mesa y corrige la posición de cifosis.

- Es capaz de realizar volteos, le gusta rodar volteándose, la posición de supino es la más cómoda para él, se mantiene en la posición de cuadrupedia si se la inicias, y le gusta desplazarse también desde la posición de sentado arrastrándose.

- Se pone de pie desde la posición de cuclillas dándole un dedo.

- Tono bajo en tronco y extremidades.

- Reflejos osteotendinosos conservados.

- Poca fuerza en la prensión y agarre. Realiza la pinza, y la manipulación de objetos de diferente tamaños y texturas con ambas manos.

- En general presenta buena movilidad en todas las articulaciones sin limitaciones ni deformidades articulares.

- Independiente para comerse el almuerzo, una vez la ATE se lo ha preparado encima de la mesa.

- Alteración del patrón de marcha, camina con base de sustentación ampliada, con rotación externa de sus piernas, la marcha la realiza agarrado de un adulto o guiándose por medio de la pared si conoce el trayecto.

- Mantiene apoyo monopodal pero con ayuda.

- No es capaz de lanzar ni recibir una pelota.

- Es capaz de reconocer las diferentes partes del cuerpo y de llevar la mano a ellas.

Plan de Cuidados de Fisioterapia:

Objetivos planteados en el plan de cuidados de Fisioterapia:

- Aumentar autonomía e independencia en desplazamientos y ABVD.

- Integrarlo en el grupo.

- Mejorar control postural y simetría, tanto sentado como durante la marcha.

- Disminuir hipersensibilidad a todos los estímulos que le rodean para poder relacionarse mejor con su entorno y por lo tanto conocer el medio que le rodea.

- Reeducación de la marcha.

- Trabajar equilibrio en distintas posiciones.

- Entrenar coordinación.

Todos estos objetivos se han trabajado por medio de actividades como:

- Caminar por terrenos inestables, realizar trayectos en bicicleta adaptada, trepar por espalderas y realizar trayectos laterales, estimulación sensorial por medio de distintos materiales, discriminación auditiva, juegos de manipulación fina, subir y bajar escaleras con un solo apoyo, trayectos y equilibrio usando banco sueco, terapia de relajación usando pelota de Bobath, recorrer pequeñas distancias (clase-aseo) guiándose por la pared, realizar sesiones conjuntas con E.F y a ser posibles controlar los recreos. En casa se ha recomendado el momento del baño para realizar actividades de estimulación somática.

Conclusión:

Comportamiento que ha dificultado el desarrollo de las sesiones (nervioso, llorando y gritando con frecuencia) con todo el equipo multidisciplinar.

A pesar de ello todos los profesionales hemos trabajado juntos por conseguir un objetivo que consideramos fundamental en su caso: aumentar independencia y autonomía, además de integrarlo con el resto del alumnado. Se ha conseguido que empiece a manejar la bici realizando pequeños trayectos, desplazamientos clase-aseo, clase-gimnasio (usando escaleras) con bastante

independencia y un grupo de niños lo han incluido bastante bien en el grupo, haciéndole participar en los recreos y en E.F.

Discusión:

Planteamos tipo de escolarización. Es un caso bastante complicado en el que la ceguera pasa a ser una discapacidad secundaria del autismo profundo que presenta. Posibilidades: continuar con escolarización ordinaria o en lugar de pasar directamente a educación especial, pasar primero por combinada. Todo el equipo multidisciplinar y la ONCE piensa que tomar contacto con atención especial sería beneficioso por distintas razones: más recursos, aulas con menos niños y atención más personalizada, niños con características similares.

Bibliografía

1.- Carlos M. Jordán Cristóbal. Autism spectrum disorder. Clinical implications of a deficit-based conceptualization.

2.- Manjiri Deshpande Shenoy, Vishal Indla, and Harish Reddy1. Comprehensive Management of Autism: Current Evidence

3.- Susan Armijo-Olivo 1, Liz Dennett, Chiara Arienti, Mustafa Dahchi, Jari Arokoski, Allen W Heinemann, Antti Malmivaara. Blinding in Rehabilitation Research: Empirical Evidence on the Association Between Blinding and Treatment Effect Estimates.

4.- Salvador E. Portugal , DO, New York University, Robert I. Grossman School of Medicine. Rehabilitación de la ceguera.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 25

Autismo y Musicoterapia

Novalbos Gómez, Mª Pilar
Almena Franco, Ana Isabel
Morote Cumplido, Elena
Maldonado Jiménez, Mª Antonia
Moreno Casas, Rocío

AUTISMO Y MUSICOTERAPIA

XIV Congreso de investigación Enfermería y Fisioterapia

Autores: Novalbos Gómez , Mª Pilar; Almena Franco, Ana Isabel; Morote Cumplido, Elena; Maldonado Jimenez, Mª Antonia; Moreno Casas, Rocio

INTRODUCCIÓN :

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es una afección del neurodesarrollo, que afecta a la persona en la forma de racionarse con los demás y a su percepción del entorno, haciendo que su principal adversidad sea la comunicación e interacción con las personas.

La Musicoterapia, es la utilización de la música y/o sus elementos musicales (sonido,ritmo,armonía, melodía y silencio) en un paciente o grupo, con el fin de lograr cambios y satisfacer necesidades físicas, sensoriales, emocionales, mentales, sociales y cognitivas.

OBJETIVOS :

- **Conocer los beneficios de la musicoterapia en los pacientes con autismo, tanto la musicoterapia activa, como la pasiva.**
- **Evaluar la eficacia de la musicoterapia como medio terapéutico para mejorar las habilidades cognitivas y sociales en niños con trastornos del espectro autista..**

MATERIAL Y MÉTODO :

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos y meta buscadores, como Medline,CUIDEN,Google Academic, Cochrane.
Haciendo uso del apartado Medical Subject Heading (MeSh). La estrategia de búsqueda de archivos incluyó palabras clave como: "autismo" "musicoterapia" "expresión musical" "espectro autista" "terapia musical"

RESULTADOS :

- **La musicoterapia fomenta el trabajo en grupo y el interés de relacionarse con los demás.**
- **Progreso en el área cognitivo/comunicativa.**
- **Mejora la capacidad de atención y de respetar el orden (p.em. Con el turno de palabra)**
- **Estimula su área creativa (p.ejem. Aprender a tocar un instrumento)**

CONCLUSIONES :

- **La musicoterapia, mejora las relaciones sociales y el estado cognitivo de los niños con T.E.A.**
- **La musicoterapia es una herramienta enriquecedora para la mejora de las habilidades sociales, resulta positiva en cuanto a motivación , capacidad de atención y el respeto de turnos.**
- **La musicoterapia conlleva efectos positivos, por lo que es una herramienta terapéutica practica y prometedora, para mejorar la calidad de vida de las personas con T.E.A. Aunque aún es necesario un mayor número de investigaciones para determinar qué tipo de intervenciones y en que ámbitos del espectro autista en concreto, son realmente eficaces estas intervenciones.**

Bibliografía: 1. Musicoterapia para personas con autismo –Geretsegger, M-2022/Cochrane Library (Internet).(citado 14de febrero de 2023). Disponible en: https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004381.pub4/full/es?highlightAbstract=musicoterapi%7Cmusicoterapia
2. Murillo, E.(2012). Actualización conceptual de los Trastornos del Espectro Autista (TEA). En M.A. Martínez Martín y J.L. Cuesta Gómez, Todo sobre el autismo. Tarragona: Altaria.
3. Korejwo, M. (2012). El uso de la musicoterapia en el Autismo: Musicoterapia en grupo con niños autistas (Tesis Doctoral). Universidad de Navarra, Facultad de Psicología, España.

Resumen: Introducción: El autismo es una afección del neurodesarrollo que afecta a la forma de relacionarse y a la percepción del entorno.

La musicoterapia es la utilización de la música y sus elementos con el fin de lograr beneficios en las áreas de comunicación e interacción social.

Objetivo: Conocer los beneficios de la musicoterapia en los pacientes con autismo. Material y método: Revisión sistemática con diferentes buscadores.

Resultados: La Musicoterapia fomenta cambios positivos en el área cognitivo-comunicativa, mejora la capacidad de atención, además de estimular el área creativa.

Conclusiones: La musicoterapia, mejora las relaciones sociales y el estado cognitivo de los niños con T.E.A.

Palabras Clave: Autismo, Musicoterapia, Trastorno Del Espectro Autista.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El Trastorno del Espectro Autista (T.E.A) es una afección en el neurodesarrollo, que afecta a la persona en la forma de relacionarse con los demás y a su percepción del entorno, haciendo que su principal adversidad sea la comunicación e interacción con las personas, además se caracteriza por patrones repetitivos de comportamiento y patrones de comportamiento restringidos.

Entre los 18 y los 24 meses, los síntomas son notorios por lo que se realiza un cribado en la consulta de atención primaria para la detección precoz.

En la actualidad, está clasificado en el DSM-5 como Trastorno del Espectro Autista (T.E.A).

La musicoterapia (Federación Mundial de Musicoterapia,1996) " Es la utilización de la música y/o sus elementos musicales (sonido, ritmo melodía, armonía y silencio) por un musicoterapeuta cualificado, con un paciente o grupo en el proceso diseñado para facilitar y promover comunicación, relación, aprendizaje, motivación, expresión, organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, con el fin de lograr cambios y satisfacer necesidades físicas, sensoriales, emocionales, mentales, sociales y cognitivas. "

La musicoterapia usa las sensaciones que experimentan las personas al trabajar con este método, para causar beneficios en las áreas de comunicación y de interacción social.

Objetivo

Conocer los beneficios de la musicoterapia en los pacientes con autismo, tanto la musicoterapia activa como la pasiva.

Evaluar la eficacia de la musicoterapia como medio terapéutico para mejorar las habilidades sociales en niños con trastorno del espectro autista.

Material y Método:

Se realiza una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos y metabuscadores, como Medline, CUIDEN, Google Académico, Cochrane entre otros.

Haciendo uso del apartado Medical Subject Heading (MeSh), la estrategia de búsqueda incluyó palabras clave como: “autismo” “musicoterapia” “expresión musical” “espectro autista” “terapia musical”.

En los criterios de exclusión, se eliminaron los estudios más antiguos del 2000.

Resultados:

La musicoterapia conlleva efectos positivos en la calidad de vida en el autismo, ha hecho que haya confianza en que el estímulo de la música es beneficioso en los niños con TEA.

Los nuevos hallazgos siguen corroborando esa teoría, la musicoterapia frente a una terapia estándar y normativa, se verá reflejada la mejora de las personas que sí usan la música de manera terapéutica, además, de no producirse la aparición de más efectos adversos.

La musicoterapia fomenta el trabajo en grupo y el interés de relacionarse con los demás. Progreso en el área cognitivo/comunicativa.

Mejora la capacidad de atención y de respetar el orden (p.ejem: con el turno de palabra).

Estimula su área creativa (p. ejem: aprender a tocar un instrumento).

Conclusiones:

A pesar de poder considerar la musicoterapia una disciplina joven, la utilización de la música como apoyo terapéutico, ha sido utilizada en múltiples culturas a lo largo de los siglos.

Siempre ha habido consciencia de la relevancia de la música en las personas, entendiéndola como curativa, educativa o como apoyo en la expresión de emociones.

Es en el siglo XX, cuando se designa como una disciplina terapéutica, denominándose musicoterapia, aunque es en los últimos años cuando ha adquirido mayor valor y reconocimiento.

En cuanto a la relación de la musicoterapia con los pacientes con autismo, podemos concluir que:

1. La musicoterapia, mejora las relaciones sociales y el estado cognitivo de los niños con T.EA.

2. La musicoterapia es una herramienta enriquecedora para la mejora de las habilidades sociales y la capacidad de atención y resulta positiva en cuanto a la motivación.

3. La musicoterapia, conlleva efectos positivos por lo que es una práctica prometedora para mejorar la calidad de vida de las personas con T.E.A , aunque aún es necesario un mayor número de investigaciones para determinar qué tipo de intervenciones y en qué ámbitos del espectro autista en concreto, son realmente eficaces estas intervenciones.

Bibliografía

1.- Musicoterapia para personas con autismo – Geretsegger, M -2022 / Cochrane Library [Internet]. [citado 14 de febrero de 2023]. Disponible en: https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004381.pub4/ full/es?highlightAbstract=musicoterapi%7Cmusicoterapia

2.- Murillo, E. (2012). Actualización conceptual de los Trastornos del Espectro Autista (TEA).En M.A. Martinez Martin y J.L. Cuesta Gómez, Todo sobre el autismo. Tarragona: Altaria

3.- Korejwo, M. (2012). El uso de la musicoterapia en el Autismo: Musicoterapia en grupo con niños autistas (Tesis Doctoral). Universidad de Navarra, Facultad de Psicología, España.

4.- Talavera P del R, Gértrudix F. El uso de la musicoterapia para la mejora de la comunicación de niños con Trastorno del Espectro Autista en Aulas Abiertas Especializadas. The use of music to improve the communication of children with Autism Spectrum Disorder in

Specialized Open Classrooms [Internet].25 de mayo de 2016 [citado 24 de abril de 2023]; Disponible en: http://riberdis.cedid.es/handle/11181/4823

5.Benenzon, R.O (2000). Musicoterapia. De la teoría a la práctica. Barcelona: Paidós Ibérica S.A

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 26

Beneficios del ejercicio físico en la fibromialgia.

Catalán Catalán, Estela
Cabañas Linares, Javier
López Valero, Marian

Beneficios del Ejercicio Físico en la FIBROMIALGIA

Catalán Catalán, E.; Cabañas Linares, J.; López Valero, M.

Introducción

La Fibromialgia es una enfermedad reumatológica, crónica y de difícil tratamiento. Se caracteriza por dolor generalizado, además de múltiples síntomas como: la depresión, fatiga, ansiedad, trastornos del sueño… lo que supone un gran impacto en las actividades de la cotidiana de los afectados. Los pacientes localizan, sobre todo, en el aparato locomotor, y que presenta una exagerada hipersensibilidad en múltiples puntos predefinidos *(tender points)*, que deben estar presentes, al menos, tres meses seguidos y ser dolorosos en 11 de los 18 a la palpación digital. El tratamiento es sintomático, ya que no se conoce la etiología. Los tratamientos van encaminados básicamente a disminuir el dolor y la fatiga, a mejorar el sueño y los niveles de actividad, la adaptación y calidad de vida de los pacientes

Método

Revisión bibliográfica en las siguientes fuentes de información: PubMed, SciELO, Google Académico. Se han seleccionado aquellos artículos que estudiaran el tema de interés. Los criterios de inclusión requeridos para la selección de estos, fueron: tanto hombres como mujeres, pertenecientes a la edad adulta (18-65 años), artículos publicados entre 2015 y 2022.



Objetivo

- Determinar si la realización de ejercicio físico moderado repercute positivamente sobre la sintomatología en pacientes con fibromialgia.
- Recordar la importancia de que todo profesional de la salud aprecie a sus pacientes como una dualidad mente-cuerpo
- Valorar la eficacia y remarcar la necesidad, individualmente, de la actividad física en pacientes fibromiálgicos

Resultados

Los ejercicios aeróbicos, los de fortalecimiento y/o los de mejora de la amplitud de movimiento son objetivo de estudio con el fin de establecer su beneficio sobre el bienestar general, los principales síntomas y la capacidad funcional. Existe ante estos estudios una total coincidencia de que el ejercicio físico no empeora la clínica de esta enfermedad.

La eficacia de realización de un programa de ejercicios bien estructurado con un tiempo de duración adecuado (de 30 a 60 minutos), que se realice diario o 3 veces por semana, con una intensidad de ligera a moderada y lo más importante que los continúe realizando en el hogar por tiempo indefinido. El cumplimiento del programa de ejercicios a mediano y largo plazo es un objetivo prioritario y se deben incluir estrategias para facilitarlo como por ejemplo ejercicios en grupo, pilates o realizar zumba. Se ha demostrado que practicándolo de forma regular aumenta la coordinación y las habilidades físicas básicas para llevar a cabo las AVD.

Conclusión

La mayoría de la bibliografía consultada está en concordancia de que el ejercicio reduce el dolor, la fatiga, la depresión y las limitaciones en la calidad de vida.

Los resultados avalan la hipótesis de que el nivel de dolor (intensidad y frecuencia), la calidad de vida relacionada con la salud y la función física en la gran mayoría de adultos con fibromialgia mejoran si el tratamiento toma el enfoque multidisciplinar

Existe un acuerdo prácticamente unánime en que los programas de ejercicios deben ser una de las recomendaciones básicas en pacientes con FM.

Bibliografía

González W. Paniagua CN. Tratamiento Sintomático y del dolor en fibromyalgia mediante abordaje multidisciplinar. Reumatología Clínica. 2015;11(1):22-26.

Revisión Sistemática Cualitativa. Rev Int Med Cienc Act Física Deporte. Marzo De 2017;17(65):183-204

Galvez-Sánchez CM, Reyes del Paso GA. Diagnostic Criteria for Fibromyalgia: Critical Review and Future Perspectives. J Clin Med [Internet]. 2020 [citado el 5 de noviembre de 2020];9(4). doi:10.3390/jcm9041219

Resumen: Se han publicado numerosas revisiones que analizan la eficacia de los tratamientos no farmacológicos. Todas coinciden en que los programas de ejercicios son la intervención no farmacológica más y mejor estudiada.

En la mayor parte de los ensayos clínicos, la información que obtenemos se asocia con otras intervenciones con tratamientos multidisciplinarios, es esta combinación la más eficaz. Los pacientes con fibromialgia deben ser tratados por un equipo completo: reumatólogo, médico rehabilitador, fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional y readaptador. Pero en esta revisión, queremos hacer referencia al ejercicio físico en general, sin meternos en métodos o ejercicios específicos como puede ser el yoga, la natación, pilates, etc…

Palabras Clave: Fibromialgia, fibromyalgia, Ejercicio físico, physical exercise, Dolor, pain

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La Fibromialgia es una enfermedad reumatológica, crónica y de difícil tratamiento. Se caracteriza por dolor generalizado, además de múltiples síntomas como: la depresión, fatiga, ansiedad, trastornos del sueño… lo que supone un gran impacto en las actividades de la cotidiana de los afectados. Los pacientes localizan, sobre todo, en el aparato locomotor, y que presenta una exagerada hipersensibilidad en múltiples puntos predefinidos *(tender points)*, que deben estar presentes, al menos, tres meses seguidos y ser dolorosos en 11 de los 18 a la palpación digital. El tratamiento es sintomático, ya que no se conoce la etiología. Los tratamientos van encaminados básicamente a disminuir el dolor y la fatiga, a mejorar el sueño y los niveles de actividad, la adaptación y calidad de vida de los pacientes.

Objetivo

• Determinar si la realización de ejercicio físico moderado repercute positivamente sobre la sintomatología en pacientes con fibromialgia.

• Recordar la importancia de que todo profesional de la salud aprecie a sus pacientes como una dualidad mente-cuerpo.

• Valorar la eficacia y remarcar la necesidad, individualmente, de la actividad física en pacientes fibromiálgicos.

Evaluar la eficacia de la musicoterapia como medio terapéutico para mejorar las habilidades sociales en niños con trastorno del espectro autista.

Método:

Revisión bibliográfica en las siguientes fuentes de información: PubMed, SciELO, Google Académico. Se han seleccionado aquellos artículos que estudiaran el tema de interés. Los criterios de

inclusión requeridos para la selección de estos fueron: tanto hombres como mujeres, pertenecientes a la edad adulta (18-65 años), artículos publicados entre 2015 y 2022.

Resultados:

La mayoría de la bibliografía consultada está en concordancia de que el ejercicio reduce el dolor, la fatiga, la depresión y las limitaciones en la calidad de vida.

Los resultados avalan la hipótesis de que el nivel de dolor (intensidad y frecuencia), la calidad de vida relacionada con la salud y la función física en la gran mayoría de adultos con fibromialgia mejoran si el tratamiento toma el enfoque multidisciplinar.

Existe un acuerdo prácticamente unánime en que los programas de ejercicios deben ser una de las recomendaciones básicas en pacientes con FM.

Bibliografía

1.- González W. Paniagua CN. Tratamiento Sintomático y del dolor en fibromyalgia mediante abordaje multidisciplinar. Reumatología Clínica. 2015;11(1):22-26.

2.- Latorre-Santiago D, Torres-Lacomba M. Fibromyalgia And Therapeutic Exercise. Qualitative Systematic Review. / Fibromialgia Y Ejercicio Terapeútico. Revisión Sistemática Cualitativa. Rev Int Med Cienc Act Física Deporte. Marzo De 2017;17(65):183-204

3.- Navarro Ea. Efectos De Un Programa Multidisciplinar Sobre El Estado De Salud Y Procesos Psicológicos En Personas Con Fibromialgia [Internet] [Http://Purl.Org/Dc/Dcmitype/Text]. Universidad Miguel Hernández De Elche; 2017 [Citado 12 De Abril De 2018].

4.- Galvez-Sánchez CM, Reyes del Paso GA. Diagnostic Criteria for Fibromyalgia: Critical Review and Future Perspectives. J Clin Med [Internet]. 2020 [citado el 5 de noviembre de 2020];9(4). doi:10.3390/jcm9041219

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 27

Beneficios de la entrevista motivacional, realizada por una enfermera, en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria.

Fernández Alves, Daniel
de la Vega Tera, Teresa

XIV Congreso de Investigación SATSE Ciudad Real

BENEFICIOS DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL REALIZADA POR UNA ENFERMERA EN PACIENTES CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Revisión bibliográfica

Autores: Fernández Alves, Daniel; de la Vega Tera, Teresa

INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas más habituales que se nos plantea como enfermeras ante un paciente con trastorno de la conducta alimentaria es la dificultad para el mantenimiento de unos hábitos saludables y, sobre todo, el control del peso. Una de las técnicas que tenemos a nuestra disposición es la entrevista motivacional, mediante la cual iremos fomentando y capacitando al paciente en la adquisición de nuevas habilidades para el manejo de su patología.

OBJETIVO

Conocer los beneficios de la entrevista motivacional para el mantenimiento de hábitos de vida saludable para el control del peso en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una revisión bibliográfica en distintas bases de datos: Scielo, Pubmed, Dialnet, Cuiden, Cochrane Plus y Psicodoc. Como filtros de búsqueda se han utilizado los idiomas inglés y español y como fecha de publicación se ha acotado de 2013 a 2023, así como artículos gratuitos.

RESULTADOS

Utilizando la entrevista motivacional, podemos lograr el cambio de conducta, para ello se empleará una actitud empática y la escucha activa; además, reforzaremos las habilidades ya adquiridas del paciente, logrando progresivamente su estimulación para la consecución de otras nuevas.
Para la realización de esta técnica de forma adecuada, debemos crear discrepancias pero evitando la confrontación. Utilizaremos preguntas abiertas, afirmaciones directas y resumiremos el relato de nuestro paciente para evitar malos entendidos que pueda enturbiar la relación terapéutica.
Es importante proporcionar información realista, pero también debemos tener en cuenta las inquietudes que el paciente pueda referir, para así utilizar estos datos a la hora de implicarlo en un cambio de conducta.
De ésta manera, no solo fomentamos el cambio de hábitos y por lo tanto un mejor control del peso, logrando nuestro objetivo marcado, sino que además, conseguiremos una relación de confianza enfermera-paciente que nos ayudará en el camino a su recuperación.

CONCLUSIÓN

El personal de enfermería de salud mental realiza numerosas intervenciones después de la terapia electroconvulsiva. Estos cuidados siempre persiguen obtener el resultado más beneficioso para el paciente y familiares y así disminuir sus efectos secundarios.

BIBLIOGRAFÍA

Gantiva, C., & Flórez-Alarcón, L. (2015). Entrevista motivacional en consumidores excesivos de alcohol: intervenciones efectivas para el aumento en la disposición al cambio. Psychologia: avances de la disciplina, 9(1), 83-91. Recuperado de: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006936.pub4/full/es

Lindson N., Thompson T.P., Ferrey A., Lambert J.D., Aveyard P. Motivationalinterviewingfor smoking cessation. Cochrane Database of SystematicReviews 2019, Issue 7. Art. No.: CD006936. Recuperado de: https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006936.pub4/full/es?highlightAbstract=entrevist%7Cwithdrawn%7Cmotivacional%7Centrevista%7Cmotivacion

Martínez, Maribel Candelaria, García Cedillo, Ismael, Estrada Aranda, Benito Daniel, Adherencia al tratamiento nutricional: intervención basada en entrevista motivacional y terapia breve centrada en soluciones. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios. 2016;7(1):32-39. Recuperado de: http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/425746132005.

Resumen: Los trastornos de la conducta alimentaria se tratan de un problema de salud mental en que se producen un conjunto de alteraciones significativas relacionados con la ingesta de alimentos (restricciones, obsesión por el peso y la imagen corporal, atracones…). Su origen se encuentra en múltiples factores.

La entrevista motivacional se trata de un estilo de comunicación que evoca y fortalece la motivación al cambio. Para realizarla es necesario conjugar el consejo experto con la buena escucha.

La entrevista motivacional puede emplearse junto con otras técnicas, ya que resuelve la ambivalencia ante sus conductas patológicas, que suelen tener estos pacientes para el cambio a conductas más saludables...

Palabras Clave: Trastorno de la conducta alimentaria, entrevista motivacional, enfermería.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Uno de los problemas más habituales que se nos plantea como enfermeras ante un paciente con trastorno de la conducta alimentaria es la dificultad para el mantenimiento de unos hábitos saludables y, sobre todo, el control del peso. Una de las técnicas que tenemos a nuestra disposición es la entrevista motivacional, mediante la cual iremos fomentando y capacitando al paciente en la adquisición de nuevas habilidades para el manejo de su patología.

Objetivo

Conocer los beneficios de la entrevista motivacional para el mantenimiento de hábitos de vida saludable para el control del peso en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria.

Método:

Se ha realizado una revisión bibliográfica en distintas bases de datos: Scielo, Pubmed, Dialnet, Cuiden, Cochrane Plus y Psicodoc. Como filtros de búsqueda se han utilizado los idiomas inglés y español y como fecha de publicación se ha acotado de 2013 a 2023 así como artículos gratuitos.

Resultados:

Utilizando la entrevista motivacional, podemos lograr el cambio de conducta, para ello se empleará una actitud empática y la escucha activa; además, reforzaremos las habilidades ya adquiridas del paciente, logrando progresivamente su estimulación para la consecución de otras nuevas.

Para la realización de esta técnica de forma adecuada, debemos crear discrepancias, pero evitando la confrontación. Utilizaremos preguntas abiertas, afirmaciones directas y resumiremos el relato de nuestro paciente para evitar malos entendidos que pueda enturbiar la relación terapéutica.

Es importante proporcionar información realista, pero también debemos tener en cuenta las inquietudes que el paciente pueda referir, para así utilizar estos datos a la hora de implicarlo en un cambio de conducta.

De esta manera, no solo fomentamos el cambio de hábitos y por lo tanto un mejor control del peso, logrando nuestro objetivo marcado, sino que, además, conseguiremos una relación de confianza enfermera-paciente que nos ayudará en el camino a su recuperación.

Conclusiones:

La entrevista motivacional es una herramienta a tener en cuenta a la hora de reconducir la conducta de un paciente con trastorno de la conducta alimentaria, siendo ideal para lograr un cambio en los hábitos de vida y, por lo tanto, un mejor control del peso. Además, mediante el uso de esta técnica, podemos mejorar la relación del binomio enfermera-paciente, logrando una mejor adherencia a los equipos de salud y por lo tanto un mejor control de la enfermedad.

Bibliografía

1.- Gantiva, C., & Flórez-Alarcón, L. (2015). Entrevista motivacional en consumidores excesivos de alcohol: intervenciones efectivas para el aumento en la disposición al cambio. Psychologia: avances de la disciplina, 9(1), 83-91. Recuperado de: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006936.pub4/full/es

2.- Lindson N., Thompson T.P., Ferrey A., Lambert J.D., Aveyard P. Motivationalinterviewingfor smoking cessation. Cochrane Database of SystematicReviews 2019, Issue 7. Art. No.: CD006936. Recuperado de: https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006936.pub4/full/es?highlightAbstract=entrevist%7Cwithdrawn%7Cmotivacional%7Centrevista%7Cmotivacion

3.- Martínez, Maribel Candelaria, García Cedillo, Ismael, Estrada Aranda, Benito Daniel, Adherencia al tratamiento nutricional: intervención basada en entrevista motivacional y terapia breve centrada en soluciones. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios. 2016;7(1):32-39. Recuperado de: http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/425746132005.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 28

Beneficios de la fisioterapia y el entrenamiento en la recuperación funcional de la mujer tras el parto. A propósito de un caso.

Lozano Jiménez, Sandra
Palencia Guerrero, María Teresa
Arcas Domínguez, Sandra

BENEFICIOS DE LA FISIOTERAPIA Y EL ENTRENAMIENTO EN LA RECUPERACIÓN FUNCIONAL DE LA MUJER TRAS EL PARTO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Sandra Lozano Jiménez **Mª Teresa Palencia Guerrero** **Sandra Arcas Domínguez**

INTRODUCCIÓN:

Mujer, 34 años, fisioterapeuta. Acude a consulta, tras visita de control con ginecología, donde se diagnostica prolapso grado II según la clasificación del grado de prolapso según Baden y Walker. Presenta síntomas de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE) esporádicos y pérdida leve de sensibilidad durante las relaciones sexuales. Hace tres años, parto vaginal instrumentado (con ventosa kiwi) a término y episiotomia, tratada en anterior ocasión con éxito. Hace siete meses, parto vaginal a término, sin complicaciones, ni episiotomia. Inicio de entrenamiento funcional con carga e impacto progresivos, tras cuarentena y pertinente valoración positiva por médico, matrona y fisioterapeuta, que dieron el visto bueno al comienzo del entrenamiento.

OBSERVACIÓN CLÍNICA:

Con ecógrafo, se evalúa la funcionalidad de la musculatura abdominal y perineal, así como la ubicación de los órganos pélvicos y su reacción a las situaciones de hiperpresión.

La contracción voluntaria tanto abdominal como de suelo pélvico es correcta, no se observa prolapso de ninguno de los órganos. Hay cierta claudicación de los músculos perineales en la contracción mantenida.

En la exploración manual, se observan bandas tensas tanto en musculatura profunda de suelo pélvico, como en el elevador del ano y, sobretodo, en obturador interno. A nivel externo se encuentra tensión en músculos pelvitroncatereos.

DISCUSIÓN:

Tras un mes de tratamiento, las sensaciones de la paciente han mejorado, las bandas tensas en suelo pélvico han mejorado, hasta prácticamente desaparecer. A nivel ecográfico se observa buena dinámica tanto muscular como visceral.

PLAN DE CUIDADOS DE FISIOTERAPIA:

Pautamos tratamiento con **objetivos** de:

- **Normalizar el tono muscular.**
- **Sensibilizar tercio distal de la vagina.**
- **Reeducar la actividad física.**
- **Reentrenar el esfuerzo.**

El tratamiento se lleva a cabo, uniendo objetivos entre fisioterapeuta y entrenador personal, haciendo compatibles las sesiones de fisioterapia con el entrenamiento funcional.

- En las sesiones de fisioterapia realizamos:
  - Tratamiento con Indiba.
  - Descarga de musculatura de suelo pélvico y rotadores de cadera.
  - Reeducación de la actividad física, con ejercicios analíticos sin impacto, ni hiperpresión abdominal.
- En las sesiones de entrenamiento trabajamos:
  - Ejercicios analíticos y funcionales de cardio, fuerza y equilibrio, trabajando musculatura global, centrándonos en el core y musculatura de suelo pélvico. Para ello, en cada sesión, realizamos:
    - Una primera parte con ejercicios de cardio y fuerza, sin impacto, ni hiperpresión abdominal.
    - En la segunda parte: trabajamos con el tronco 5p, centrándonos en el fortalecimiento del core y musculatura de suelo pélvico.

CONCLUSIÓN:

Se objetiviza que con el seguimiento y tratamiento combinado de fisioterapia y entrenamiento, las mujeres tras el parto, pueden volver a retomar su actividad física normal, siguiendo un plan de ejercicios adaptado a cada una de ellas, previa valoración del estado osteomuscular y visceral, evitando así problemas de suelo pélvico.

BIBLIOGRAFÍA:

1 Torres M, Meldaña A. Fisioterapia del Suelo Pélvico. Manual para la prevención y el tratamiento en la mujer, en el hombre y en la infancia. 1st. ed. Madrid: Panamericana; 2022.

2 Ramírez, Blanco, Kauffmann. Rehabilitación del Suelo Pélvico Femenino. Práctica basada en la evidencia. 2nd. ed. Madrid: Panamericana; 2013.

3 Walker C. Fisioterapia en obstetricia y uroginecología. 2nd. ed. Madrid: Elsevier Masson: 2013.

Resumen: Mujer, 34 años. Tras visita de control con ginecología, se diagnostica prolapso grado II. Presenta incontinencia urinaria de esfuerzo y pérdida de sensibilidad durante las relaciones sexuales. Parto vaginal instrumentado previo. Parto vaginal sin complicaciones. Inicio de entrenamiento funcional con carga e impacto progresivo.

Se realiza valoración, observando contracción voluntaria correcta, sin prolapso. Claudicación de los músculos perineales en la contracción mantenida. Bandas tensas en musculatura profunda del suelo pélvico.

Tras tratamiento de fisioterapia en combinación con sesiones de fisioterapia, se objetiviza mejoría clínica: no bandas tensas y buena dinámica, tanto muscular como visceral.

Palabras Clave: Pelvic Floor, Physical Therapy Specialty, Exercise Therapy

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Mujer, 34 años, fisioterapeuta. Acude a consulta, tras visita de control con ginecología, donde se diagnostica prolapso grado II según la clasificación del grado de prolapso según Baden y Walker. Presenta síntomas de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE) esporádicos y pérdida leve de sensibilidad durante las relaciones sexuales. Hace tres años, parto vaginal instrumentado (con ventosa kiwi), a término y episiotomía, tratada en anterior ocasión con éxito. Hace siete meses, parto vaginal a término, sin complicaciones, ni episiotomía. Inicio de entrenamiento funcional con carga e impacto progresivos, tras cuarentena y pertinente valoración positiva por médico, matrona y fisioterapeuta, que dieron el visto bueno al comienzo del entrenamiento.

Observación clínica

Con ecógrafo, se evalúa la funcionalidad de la musculatura abdominal y perineal, así como la ubicación de los órganos pélvicos y su reacción a las situaciones de hiperpresión.

La contracción voluntaria tanto abdominal como de suelo pélvico es correcta, no se observa prolapso de ninguno de los órganos. Hay cierta claudicación de los músculos perineales en la contracción mantenida.

En la exploración manual, se observan bandas tensas tanto en musculatura profunda de suelo pélvico, como en el elevador del ano y, sobre todo, en obturador interno. A nivel externo se encuentra tensión en músculos pelvitroncatéreos.

Plan de Cuidados de Fisioterapia:

Pautamos tratamiento con objetivos de:

- Normalizar el tono muscular.

- Sensibilizar tercio distal de la vagina.

- Reeducar la actividad física.

- Reentrenar el esfuerzo.

El tratamiento se lleva a cabo, uniendo objetivos entre fisioterapeuta y entrenador personal, haciendo compatibles las sesiones de fisioterapia con el entrenamiento funcional.

En las sesiones de fisioterapia realizamos: tratamiento con Indiba, descarga de musculatura de suelo pélvico y rotadores de cadera. Hacemos una reeducación de la actividad física, con ejercicios analíticos sin impacto, ni hiperpresión abdominal.

En las sesiones de entrenamiento, trabajamos: ejercicios analíticos y funcionales de cardio, fuerza y equilibrio, trabajando musculatura global, centrándonos en el core y musculatura de suelo pélvico. Para ello, en cada sesión, realizamos una primera parte con ejercicios de cardio y fuerza, sin impacto, ni hiperpresión abdominal. En la segunda parte, trabajamos con el tronco 5p, centrándonos en el fortalecimiento del core y musculatura de suelo pélvico.

Discusión:

Tras un mes de tratamiento, las sensaciones de la paciente han mejorado, las bandas tensas en suelo pélvico han mejorado, hasta prácticamente desaparecer. A nivel ecográfico se observa buena dinámica tanto muscular como visceral.

Conclusiones:

Se objetiviza que, con el seguimiento y tratamiento combinado de fisioterapia y entrenamiento, las mujeres tras el parto pueden volver a retomar su actividad física normal, siguiendo un plan de ejercicios adaptado a cada una de ellas, previa valoración del estado osteomuscular y visceral, evitando así problemas de suelo pélvico.

Bibliografía

1.- Torres M, Meldaña A. Fisioterapia del Suelo Pélvico. Manual para la prevención y el tratamiento en la mujer, en el hombre y en la infancia. 1st. ed. Madrid: Panamericana; 2022.

2.- Ramírez, Blanco, Kauffmann. Rehabilitación del Suelo Pélvico Femenino. Práctica basada en la evidencia. 2nd. ed. Madrid: Panamericana; 2013.

3.- Walker C. Fisioterapia en obstetricia y uroginecología. 2nd. ed. Madrid: Elsevier Masson: 2013.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 29

Beneficios de la vía subcutánea en el paciente paliativo o de elevada edad: una revisión bibliográfica.

Martínez López, Belén

Beneficios de la vía subcutánea en el paciente paliativo o de elevada edad: una revisión bibliográfica

Belén Martínez López, R2 Enfermería Familiar y Comunitaria en Don Benito- Villanueva de la Serena.

INTRODUCIÓN

La vía oral debe ser siempre la vía de administración preferente frente a cualquier otra vía, sin embargo se ha demostrado que entre el 60 y el 80% de los pacientes necesitarán una vía de administración diferente a lo largo de su vida.

La vía subcutánea (SC) supone una alternativa a la vía oral poco invasiva y con múltiples ventajas. Se trata de una vía de fácil utilización, cómoda, segura, puede usarse en pacientes con bajo nivel de conciencia y permite la administración de sueroterapia (hipodermoclisis).

Esta vía presenta una buena aceptación por parte del paciente, con lo que fomentamos su empoderamiento y la participación familiar, reduciendo las visitas por parte de enfermería. Una de las principales ventajas es la autonomía y la movilidad que proporciona, que si hablamos de personas mayores o paliativos, probablemente se encuentre ya comprometida. Aparte permite la combinación farmacológica en infusores y son cada vez menos los fármacos no indicados por esta vía.

Igualmente otro término de especial importancia cuando hablamos de vía SC en pacientes terminales es la sedación paliativa, que se define como la administración meditada de fármacos para disminuir el nivel de conciencia de un paciente paliativo, y poder aliviar uno o más síntomas de difícil control (refractarios), con su consentimiento previo.





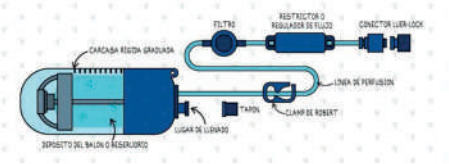


Fig 1.Infusor monouso o elastomérico (Web de Enfermería Creativa)

OBJETIVOS

Debido a las numerosas vías de administración existentes y la importancia de una correcta elección de ésta en pacientes especialmente vulnerables como son los pacientes paliativos o de edad avanzada, el objetivo de nuestro estudio fue revisar y sintetizar la literatura existente sobre los principales beneficios de la vía subcutánea en sus diferentes aplicaciones en este tipo de pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO

Realizamos una revisión bibliográfica de literatura en inglés y en español usando las bases de datos de PUBMED, GOOGLE ACADÉMICO y COCHRANE. Se utilizaron las palabras clave: "Palliative Care" "Infusions, Subcutaneous" y "Hypodermoclysis". Se incluyeron los estudios sobre la vía subcutánea en personas de edad avanzada y pacientes paliativos y se excluyeron los estudios con fecha anterior al 2018.

RESULTADOS

Fármacos de uso frecuente
Evidencia alta

Midazolam (opción más segura por vía SC), **Bromuro de Butilescopolamina, Haloperidol** (aunque con alto riesgo de toxicidad en estos pacientes), **Cloruro Mórfico, Metoclopramida, Dexametasona, Ketorolaco, Diclofenaco, Metadona, Tramadol, Hidromorfona, Ketamina, Baclofeno, Buprenorfina, Trastuzumab, Hidrocortisona, Treprostinil, Deferoxamina**

Fármacos de uso ocasional
Evidencia baja

Levomepromacina, Clonacepan, Ondansetrón, Granisetrón, Ranitidina, Omeprazol, Octreotida, Furosemida, Fentanillo, Oxicodona, Calcitonina, Hialurodinasa, Bromuro de Metilnaltrexona, Fenobarbital

Fármacos de uso no recomendado

Diacepam, Metamizol, Clorpromacina (necrosis en el sitio de punción, solo 10-20 ml/24h para hipo)

SEDACIÓN PALIATIVA

En cuanto a la **sedación paliativa**, una revisión nos muestra que los neurolépticos como la **Levomepromazina**, indicada por vía SC, son los fármacos de elección en caso de delirium. En el supuesto de no padecerlo, el fármaco de primera opción sería el **Midazolam** que puede administrarse junto a Morfina y Haloperidol.

¿ANTIBIÓTICOS POR VÍA SC?

- Fármacos de uso frecuente, evidencia alta: **Ceftriaxona** (el más utilizado y seguro), **Ertapenem, Teicoplanina** (alcanza picos más altos por vía SC que intravenosa (IV), pero en más tiempo), **Cefepime** (dolor, inflamación leve y enrojecimiento en el sitio de punción que desaparece al finalizar administración) y **Ampicilina** (tarda más tiempo en alcanzar las mismas concentraciones que por vía IV).
- Evidencia baja del resto de cefalosporinas.
- No están indicados : Vancomicina y los Aminoglucósidos.

VENTAJAS

- **Cómoda, segura** y de **fácil utilización.**
- **Buena aceptación** por parte del paciente.
- **Garantiza al absorción**. Picos en plasma: 15´ - 30´
- **Larga duración**, días hasta semanas.
- **Autonomía y movilidad.**
- **No** requiere **ingreso hospitalario** ni control exhaustivo.
- **Hipodermoclisis:** estudios sugieren una mayor seguridad en la hidratación por vía SC en comparación con la vía IV en pacientes con una deshidratación leve o moderada.
- **Eludimos paso hepático.**
- **Participación familiar.**
- Usada en pacientes con **bajo nivel de conciencia**.
- Permite **combinaciones farmacológicas**.
- Atender a los pacientes desde su **domicilio**: cada vez son más los pacientes y familiares de estos que prefieren que el fallecimiento se produzca en el domicilio.

DESVENTAJAS

- Reacciones locales: enrojecimiento, induración, edema, hematoma, necrosis...
- Reacción no deseada al material o la medicación.
- Salida de la vía.
- Irritación local (la más común) o infección local (poco frecuente).
- Solo 2 ml/ h.
- Reacción alérgica.
- No se pueden utilizar todos los fármacos.

CONCLUSIONES

La vía subcutánea presenta múltiples beneficios y aplicaciones y cada vez son más los fármacos que demuestran su efectividad por esta vía. Resulta especialmente recomendable en pacientes terminales y con edad avanzada al ser una vía segura, cómoda y que preserva la autonomía y calidad de vida.

Para finalizar, añadir que la vía SC es aún una vía infrautilizada y de la cual se necesita mayor aporte de evidencia que dé una base solida para su utilización con seguridad y efectividad.

Bibliografía →

Correo electrónico → blnch99@gmail.com

Resumen: La vía subcutánea supone una alternativa a la vía oral poco invasiva y con múltiples ventajas, en especial en pacientes paliativos o de elevada edad. Proporciona autonomía y movilidad, una posible atención de enfermería desde el domicilio, puede usarse en pacientes con bajo nivel de conciencia, permite la administración de sueroterapia (hipodermoclisis), admite la combinación farmacológica en infusores y son cada vez menos los fármacos no indicados por esta vía. Gran cantidad de analgésicos han demostrado su eficacia por esta vía, además de otros grupos de medicamentos como son los neurológicos, endocrinológicos, antieméticos, diuréticos, quimioterapia e incluso algunos antibióticos.

Palabras Clave: Palliative Care, Infusions, Subcutaneous, Hypodermoclysis

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La vía oral debe ser siempre la vía de administración preferente frente a cualquier otra vía, sin embargo, se ha demostrado que entre el 60 y el 80% de los pacientes necesitarán una vía de administración diferente a lo largo de su vida.

La vía subcutánea (SC) supone una alternativa a la vía oral poco invasiva y con múltiples ventajas. Se trata de una vía de fácil utilización, cómoda, segura, puede usarse en pacientes con bajo nivel de conciencia y permite la administración de sueroterapia (hipodermoclisis).

Esta vía presenta una buena aceptación por parte del paciente, con lo que fomentamos su empoderamiento y la participación familiar, reduciendo las visitas por parte de enfermería. Una de las principales ventajas es la autonomía y la movilidad que proporciona, que, si hablamos de personas mayores o paliativos, probablemente se encuentre ya comprometida. Aparte permite la combinación farmacológica en infusores y son cada vez menos los fármacos no indicados por esta vía.

Igualmente, otro término de especial importancia cuando hablamos de vía SC en pacientes terminales es la sedación paliativa, que se define como la administración meditada de fármacos para disminuir el nivel de conciencia de un paciente paliativo, y poder aliviar uno o más síntomas de difícil control (refractarios), con su consentimiento previo.

Objetivos:

Debido a las numerosas vías de administración existentes y la importancia de una correcta elección de ésta en pacientes especialmente vulnerables como son los pacientes paliativos o de edad avanzada, el objetivo de nuestro estudio fue revisar y sintetizar la literatura existente sobre los principales beneficios de la vía subcutánea en sus diferentes aplicaciones en este tipo de pacientes.

Material y Métodos:

Realizamos una revisión bibliográfica de literatura en inglés y en español usando las bases de datos de PUBMED, GOOGLE ACADÉMICO y COCHRANE. Se utilizaron las palabras clave: "Palliative Care" "Infusions, Subcutaneous" y "Hypodermoclysis". Se incluyeron los estudios sobre la vía subcutánea en personas de edad avanzada y pacientes paliativos y se excluyeron los estudios con fecha anterior al 2018.

Resultados:

Se ha demostrado eficacia en la administración por vía SC de baclofeno, buprenorfina, hidromorfona, ketorolaco, ketamina, metadona, tramadol, morfina, haloperidol (aunque con alto riesgo de toxicidad en estos pacientes) y midalozam (opción más segura por vía SC). Encontramos evidencia baja y algo obsoleta sobre el uso por vía SC de fentanilo y oxicodona.

Para los diuréticos y quimioterapia (como el trastuzumab) encontramos una efectividad semejante a la vía intravenosa (IV). Los medicamentos endocrinos, en especial la hidrocortisona, y antiepilépticos también mostraron un efecto adecuado mejor que otras vías. Los antieméticos controlaron las náuseas y vómitos de un 62 a un 93% según el fármaco. La deferoxamina por vía SC se demostró efectiva con altos niveles de adherencia. La infusión de inmunoglobulinas consiguió niveles mínimos aceptables. El treprostinil, para la hipertensión pulmonar, mostró mayor eficacia que un placebo y con escasos efectos secundarios, pero no se comparó con la vía IV.

Son pocos los fármacos que no están recomendados a día de hoy por vía SC. Según los estudios encontramos el diacepam, metamizol, clorpromacina (provoca necrosis en el lugar de punción, solo indicada para tratar el hipo: 10-20ml/24h) y ciertos antibióticos. Sin embargo, otros estudios sugieren que el uso de antibióticos por vía SC puede ser seguro y económico, y son ya algunos países como es el caso de Francia que reconocen su uso cotidiano sobre todo en el caso de la ceftriaxona, aunque el resto de cefalosporinas tienen una evidencia escasa. El ertapenem y la teicoplanina presenta un buen nivel de seguridad. La vancomicina y aminoglucósidos no se debe administrar por vía SC.

En cuanto a la hipodermoclisis, una revisión sistemática reciente basada en 29 estudios sugiere una mayor seguridad en la hidratación por vía SC en comparación con la vía IV, además apunta a un menor riesgo de agitación. No obstante, se ve una menor eficacia en la hidratación, pudiendo ser beneficiosa en pacientes con una deshidratación leve o moderada, con especial beneficio en pacientes de elevada edad.

Otro de los beneficios de la vía subcutánea es la capacidad de atender a los pacientes desde su domicilio, los estudios indican que cada vez son más los pacientes y familiares de estos, que prefieren que el fallecimiento se produzca en el domicilio, ya que ese ambiente les proporciona un mayor bienestar psicológico que los ámbitos hospitalarios.

En cuanto a la sedación paliativa, una revisión nos muestra que los neurolépticos como la levomepromazina, indicada por vía SC, son los fármacos de elección en caso de delirium. En el supuesto de no padecerlo, el fármaco de primera opción sería el midazolam que puede administrarse junto a morfina y haloperidol.

Conclusiones:

La vía subcutánea presenta múltiples beneficios y aplicaciones y cada vez son más los fármacos que demuestran su efectividad por esta vía. Resulta especialmente recomendable en pacientes terminales y con edad avanzada al ser una vía segura, cómoda y que preserva la autonomía y calidad de vida.

Para finalizar, añadir que la vía SC es aún una vía infrautilizada y de la cual se necesita mayor aporte de evidencia que dé una base sólida para su utilización con seguridad y efectividad.

Bibliografía

1.- Broadhurst D, Cooke M, Sriram D, Gray B. Subcutaneous hydration and medications infusions (effectiveness, safety, acceptability): A systematic review of systematic reviews. PLoS One. 2020;15(8):e0237572.

2.- Hernández-Ruiz V, Forestier E, Gavazzi G, Ferry T, Grégoire N, Breilh D, et al. Subcutaneous Antibiotic Therapy: The Why, How, Which Drugs and When. J Am Med Dir Assoc. enero de 2021;22(1):50-55.e6.

3.- Danielsen MB, Andersen S, Worthington E, Jorgensen MG. Harms and Benefits of Subcutaneous Hydration in Older Patients: Systematic Review and Meta-Analysis. J Am Geriatr Soc. diciembre de 2020;68(12):2937-46.

4.- Shepperd S, Gonçalves-Bradley DC, Straus SE, Wee B. Hospital at home: home-based end-of-life care. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2021 [citado 29 de mayo de 2023];(3). Disponible en: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009231.pub3/full/es

5.- Quintero Carreño V, Martínez Vásquez C, Agámez lnsignares C, Quintero Carreño V, Martínez Vásquez C, Agámez lnsignares C. Sedación paliativa en enfermedad terminal. Revista Colombiana de Cancerología. marzo de 2022;26(1):3-13.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 30

Beneficios del método canguro en prematuros de UCIN.

Villalta Lillo, Nuria

BENEFICIOS DEL MÉTODO CANGURO EN PREMATUROS DE UCIN

NURIA VILLALTA LILLO

XIV CONGRESO DE INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA 2023 (SATSE)

INTRODUCCIÓN

El método canguro es una técnica de cuidado al recién nacido prematuro o de bajo peso. Se basa en mantener el **contacto piel con piel** del recién nacido y los padres, principalmente la madre. Es una técnica fácil y eficaz que genera múltiples beneficios tanto al RN como a los padres. Enfermería tiene los conocimientos necesarios para instruir y ayudar a los padres a utilizar el MC en las UCIN.

OBJETIVO

Conocer cuáles son los principales beneficios del método canguro en prematuros ingresados en UCIN.



MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión bibliográfica.
Bases de datos: Google académico, pubMed y dialnet.
Artículos > 2019
Palabras clave: Método canguro, prematuros, beneficios, enfermería.

RESULTADOS

BENEFICIOS DEL CONTACTO PIEL CON PIEL

* Reduce tasas de mortalidad en RN de bajo peso.
* Mejora el crecimiento y desarrollo fisiológico y neuroconductual.
* Genera buena regulación térmica.
* Favorece la implantación de lactancia materna.
* Reduce el cortisol y por tanto el estrés.
* Disminuye el dolor y la agitación.
* Favorece el ciclo del sueño.
* Reduce la aparición de infecciones.
* Beneficia el vínculo madre-hijo evitando depresión postparto.
* Mejora la confianza de los padres sobre el cuidado.



CONCLUSIONES

- El nacimiento prematuro del RN y el ingreso en UCIN genera síntomas de estrés y ansiedad en los padres. Enfermería acompaña, enseña y apoya en todo momento.
- El MC disminuye la FC, periodos de apnea y ayuda a la ganancia de peso (LM).
- El MC es un método económico que reduce el tiempo de hospitalización y reduce la mortalidad de niños prematuros.

BIBLIOGRAFÍA

- Díaz R, Romero D, Carrera O. Método canguro aplicado por el profesional de enfermería en la unidad de cuidados intensivos pediátrica y neonatal. Revista Venezolan de Enfermería y Ciencias de la Salud. 2020; 13(1): 51-55.
- Pérez E. Reducción de las morbilidades en prematuros mediante el método canguro. Trabajo fin de grado. Universitat de les Illes Balears. 2022.
- Mejía C. Participación del padre en el Método Canguro. Trabajo fin de grado. Universidad Pontificia Comillas. 2021.
- Silva RN, Cechetto FH, Riegel F. Beneficios del método canguro para la lactancia materna. Rev Enferm Atenção Saúde. 2021; 10(1):e202110.

Resumen: El método canguro se trata de una técnica de cuidado muy empleado en las unidades de cuidados intensivos neonatales. Se emplea especialmente en recién nacidos prematuros y/o bajo peso. Mejoran el vínculo de los padres con el niño a través del contacto piel con piel. La enfermera a través de sus conocimientos enseña la técnica a los padres.

Palabras Clave: Método canguro, prematuros, enfermería.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El método canguro es una técnica de cuidado al recién nacido prematuro o de bajo peso. Se basa en mantener el contacto piel con piel del recién nacido y los padres, principalmente la madre. Es una técnica fácil y eficaz que genera múltiples beneficios tanto al RN como a los padres. Enfermería tiene los conocimientos necesarios para instruir y ayudar a los padres a utilizar el MC en las UCIN.

Objetivos:

Conocer cuáles son los principales beneficios del método canguro en prematuros ingresados en UCIN.

Material y Métodos:

Se trata de una revisión de la literatura utilizando las bases de datos: Google Académico, PubMed y Dialnet. En el trabajo solo se tienen en cuenta artículos con fecha igual o superior a 2019 que contengan las palabras clave: método canguro, prematuros, beneficios y enfermería.

Resultados:

Beneficios del contacto piel con piel

- Reduce tasas de mortalidad en RN de bajo peso.
- Mejora el crecimiento y desarrollo fisiológico y neuroconductual.
- Genera buena regulación térmica.
- Favorece la implantación de lactancia materna.
- Reduce el cortisol y por tanto el estrés.
- Disminuye el dolor y la agitación.
- Favorece el ciclo del sueño.
- Reduce la aparición de infecciones.

- Beneficia el vínculo madre-hijo evitando depresión postparto.

- Mejora la confianza de los padres sobre el cuidado.

Técnica

- Se colocará al RN sobre el tórax de la madre/padre (piel con piel).

- Caricias que favorecen el vínculo entre padres/hijo.

- Estimulación del pecho y reflejo de succión para favorecer LM.

- Se aconseja mínimo una hora de MC.

Conclusiones:

- El nacimiento prematuro del RN y el ingreso en UCIN genera síntomas de estrés y ansiedad en los padres. Enfermería acompaña, enseña y apoya en todo momento.

- El MC disminuye la FC, periodos de apnea y ayuda a la ganancia de peso (LM).

- El MC es un método económico que reduce el tiempo de hospitalización y reduce la mortalidad de niños prematuros.

Bibliografía

1.- Díaz R, Romero D, Carrera O. Método canguro aplicado por el profesional de enfermería en la unidad de cuidados intensivos pediátrica y neonatal. Revista Venezolan de Enfermería y Ciencias de la Salud. 2020; 13(1): 51-55.

2.- Pérez E. Reducción de las morbilidades en prematuros mediante el método canguro. Trabajo fin de grado. Universitat de les Illes Balears. 2022.

3.- Mejía C. Participación del padre en el Método Canguro. Trabajo fin de grado. Universidad Pontificia Comillas. 2021.

4.- Silva RN, Cechetto FH, Riegel F. Beneficios del método canguro para la lactancia materna. Rev Enferm Atenção Saúde. 2021; 10(1): e202110.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 31

Beneficios en el uso de la sutura de grapas vs sutura de seda en heridas.

Olmo Trujillo, Coral
Sánchez-Izquierdo Castellanos, Sonia

BENEFICIOS EN EL USO DE LA SUTURA DE GRAPAS VS SUTURA DE SEDA EN HERIDAS.

AUTORES: CORAL OLMO TRUJILLO, SONIA SÁNCHEZ IZQUIERDO CASTELLANOS

INTRODUCCION:

Tras observar la demanda de suturas en heridas simples que se presentan, la presión asistencial que ello conlleva y los beneficios que supone un tipo de sutura frente a la otra, por su rapidez y su bajo coste hemos decido exponer los beneficios de la sutura con grapas versus (vs) sutura de seda.



OBJETIVOS:

- Aprender y saber identificar la mejor elección de sutura que realizar al paciente para su beneficio.
- Comparar como afecta el tipo de material utilizado y la técnica.
- Conseguir los mejores resultados en el cierre de la herida.
- Valorar el ahorro que supone tanto a nivel de recursos materiales, económicos y humanos,.
- Disminuir los efectos adversos por una elección inadecuada de la técnica para llevar a cabo la sutura.



MATERIAL Y MÉTODO:

Para realizar este trabajo hemos llevado a cabo una búsqueda bibliográfica, en la siguientes bases de datos: SCIELO, MEDLINE, COCHRANE, GOOGLE ACADEMICO , portales bibliográficos.

Para consultar las bases de datos los idiomas utilizados han sido tanto el Español (Descriptores DeSC) como el Inglés (Descriptores Mesh).

Se han seleccionado los artículos de menos de hace 10 años.



RESULTADOS:

Los resultados de las búsquedas bibliográficas revisando más de 250 artículos que usan sutura tradicional de seda y más de 320 que usan grapas, se determino la selección de 9 artículos, de los cuales 6 eran revisiones sistemáticas y 3 estudios de cohortes.

Las suturas realizadas con seda muestran una mayor probabilidad de infección superficial, dehiscencia de la misma y abscesos. Lo cual se evita o aparece en menor medida usando la sutura con grapas, aunque estas últimas también presentan mayor riesgo de infección pero de manera posterior y menos frecuente.

CONCLUSIONES:

Tras los resultados obtenidos, podemos llegar a la conclusión de que para las heridas simples a las que nos enfrentamos diariamente, se debería usar de forma más frecuente y habitual la sutura con grapas frente a la sutura tradicional de seda, ya que, la sutura con grapa es una técnica más rápida, lo cual disminuye la carga asistencial y presenta menos complicaciones para el paciente.

Esto supone un ahorro tanto a nivel económico como de recursos humanos.



XIV Congreso
de investigación Enfermería y Fisioterapia



Resumen: En este trabajo reflejamos los beneficios de las suturas de grapas frente a los de seda en heridas simples. La sutura de seda es un dispositivo quirúrgico, estéril de origen natural no absorbible, constituida por fibroína. La sutura con grapas consiste en aproximar los bordes de la herida con clips metálicos, de acero o de titanio que se colocan con una grapadora desechable estéril, esta técnica se considera una alternativa rápida y efectiva a las suturas y con frecuencia se considera que las grapas son menos traumáticas y pueden reducir las complicaciones de la herida.

Palabras Clave: Suturas, Grapas quirúrgicas, Técnicas de sutura.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Tras observar la demanda de suturas en heridas simples que se presentan, la presión asistencial que ello conlleva y los beneficios que supone un tipo de sutura frente a la otra, por su rapidez y su bajo coste hemos decido exponer los beneficios de la sutura con grapas versus (vs) sutura de seda.

Veamos de forma más detenida los dos tipos de sutura que vamos a estudiar:

La sutura de seda es un dispositivo médico quirúrgico estéril de origen natural no absorbible, constituida por fibroína (proteína derivada de la larva del gusano de seda Bombyx Mori). Esta proteína está constituida por una macromolécula en la cual están presentes 10 aminoácidos diferentes. La sutura de seda la podemos encontrar en diferentes colores, negro, virgen o en color azul, esto depende del revestimiento, pero todas ellas van trenzadas de varios hilos, y está revestida de cera de abeja o silicona. Existe en varias longitudes y calibres en hebras pre- cortadas y montadas con agujas de acero inoxidable.

El otro tipo de sutura utiliza las grapas, las cuales están hechas de acero inoxidable o titanio, hay diferentes tipos de grapas dependiendo del tipo de sutura, aunque nosotros nos centraremos en las suturas mecánicas lineales que son las utilizadas para las heridas simples.

Objetivos:

• Aprender y saber identificar la mejor elección de sutura que realizar al paciente para su beneficio.

• Comparar cómo afecta el tipo de material utilizado y la técnica.

• Conseguir los mejores resultados en el cierre de la herida.

• Valorar el ahorro que supone tanto a nivel de recursos materiales, económicos y humanos.

• Disminuir los efectos adversos por una elección inadecuada de la técnica para llevar a cabo la sutura.

Material y Métodos:

Para realizar este trabajo hemos llevado a cabo una búsqueda bibliográfica, en las siguientes bases de datos: SCIELO, MEDLINE, COCHRANE, GOOGLE ACADÉMICO, portales bibliográficos.

Para consultar las bases de datos los idiomas utilizados han sido tanto el español (Descriptores DeSC) como el inglés (Descriptores Mesh).

Se han seleccionado los artículos de menos de hace 10 años.

PALABRAS CLAVES: Suturas. Grapas quirúrgicas. Técnicas de sutura. Y los operadores boleanos usados han sido ¨AND¨ y ¨O¨.

Resultados:

Los resultados de las búsquedas bibliográficas revisando más de 250 artículos que usan sutura tradicional de seda y más de 320 que usan grapas, se determinó la selección de 9 artículos, de los cuales 6 eran revisiones sistemáticas y 3 estudios de cohortes.

Las suturas realizadas con seda muestran una mayor probabilidad de infección superficial, dehiscencia de la misma y abscesos, lo cual se evita o aparece en menor medida usando la sutura con grapas, aunque estas últimas también presentan mayor riesgo de infección, pero de manera posterior y menos frecuente.

Conclusiones:

Tras los resultados obtenidos, podemos llegar a la conclusión de que para las heridas simples a las que nos enfrentamos diariamente, se debería usar de forma más frecuente y habitual la sutura con grapas frente a la sutura tradicional de seda, ya que, la sutura con grapa es una técnica más rápida, lo cual disminuye la carga asistencial y presenta menos complicaciones para el paciente.

Esto supone un ahorro tanto a nivel económico como de recursos humanos.

Bibliografía

1.- de Uso I. SUTURA QUIRÚRGICA ESTÉRIL, NO ABSORBIBLE [Internet]. Normon.es. [citado el 11 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.normon.es/files/SUTURASEDA-16152c9fd775190035ddc462fd292653.pdf

2.- Biancari F, Tiozzo V. Staples versus sutures for closing leg wounds after vein graft harvesting for coronary artery bypass surgery. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2010 [citado el 11 de junio de 2023];(5):CD008057. Disponible en: https://www.cochrane.org/es/CD008057/WOUNDS_grapas-versus-suturas-para-el-cierre-de-heridas-de-la-pierna-despues-de-la-toma-del-injerto-venoso

3.- Arribas Blanco JM, Castelló Fortet JR, Rodríguez Pata N, Sánchez Olaso A, Marín Guztke M. Suturas básicas y avanzadas en cirugía menor (III). Semergen [Internet]. 2002 [citado el 11 de junio de 2023];28(2):89–100. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-suturas-basicas-avanzadas-cirugia-menor-13026434

4.- Tratamiento de una herida simple [Internet]. Msf.org. [citado el 11 de junio de 2023]. Disponible en: https://medicalguidelines.msf.org/es/viewport/CG/spanish/tratamiento-de-una-herida-simple-23443806.html

5.- González-Cely AM, Miranda-Díaz A, Alviar JD. Principios en técnicas de suturas de piel: una guía para estudiantes. Rev Méd Cas UIS [Internet]. 2018 [citado el 11 de junio de 2023];31(2):65–76. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-03192018000200065&script=sci_arttext

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 32

Beneficios maternos del ejercicio físico en la gestación

Irache Fernández, Ana Rosa
Martínez Vera, Míriam

BENEFICIOS MATERNOS DEL EJERCICIO FÍSICO EN LA GESTACIÓN

Ana Rosa Irache Ferrández, Miriam Martínez Vera. Zaragoza, Sector III

INTRODUCCIÓN

La realización de ejercicio físico (EF) a lo largo del embarazo está llena de falsos mitos. Toda mujer gestante sin contraindicaciones de tipo médico debería mantenerse activa físicamente durante su embarazo. Los investigadores sugieren la importancia de promover hábitos saludables en esta etapa entre los que se encuentra el ejercicio físico pues influye beneficiosamente durante el embarazo y proporciona mejores resultados perinatales (1)**. SÓLO el 25% de las embarazadas son suficientemente activas (Department of Health &Human Services USA 2018)**

CONCLUSIONES

1. **UNANIMIDAD en la importancia, beneficios, recomendaciones y contraindicaciones del EF**
2. **El tipo de actividades debería mejorar de la resistencia aeróbica, la fuerza muscular leve, el equilibrio y la coordinación motriz, la flexibilidad y el suelo pélvico**

OBJETIVOS

1. **Describir los beneficios maternos del EF durante la gestación**
2. **Identificar las características del EF recomendadas durante la gestación**

MÉTODO

Búsqueda bibliográfica en las bases de datos CUIDEN, Scielo y Google académico con las palabras clave: embarazo, ejercicio físico, actividad física

RESULTADOS

RESPIRATORIO
Aumenta el volumen de oxígeno máximo

CIRCULATORIO
Previene la trombosis venosa y la aparición de venas varicosas

COMPLICACIONES
Reduce la incidencia de COMPLICACIONES tras el parto (diabetes e hipertensión)

PLACENTARIO
Estimula el crecimiento de la placenta y su oxigenación, promueve el desarrollo vascular, reduce el estrés oxidativo y mejora la función endotelial y las respuestas inmunitarias e inflamatorias sin causar efectos negativos sobre el flujo sanguíneo fetal

CARDIOVASCULAR
Reduce el aumento de la frecuencia cardiaca materna tolerando mejor el esfuerzo físico. La sangre materna contiene mayor oxígeno

PESO
Menor ganancia de peso

PARTO
Mayor número de cesáreas en mujeres sedentarias que activas y también mayor número de cesáreas en las activas pero que disminuyeron la actividad en el último trimestre. El ejercicio físico puede acortar el tiempo del parto hasta en 50 minutos

POSTPARTO
Mejora la recuperación física tras el parto

SUELO PÉLVICO
La combinación de trabajo de suelo pélvico específico y trabajo aeróbico reduce en un 50% el riesgo de padecer incontinencia urinaria durante el embarazo y en post parto en comparación al 37% con entrenamiento de suelo pélvico sin trabajo aeróbico

HORMONAL Y METABÓLICO
disminución en un 38% las posibilidades de DIABETES GESTACIONAL

PREECLAMPSIA
disminución del riesgo de hipertensión gestacional en un 39% y de preeclampsia en un 41%

PSICOLÓGICOS
Reduce las probabilidades y la gravedad de la depresión prenatal. Al realizar ejercicio físico se liberan endorfinas mejorando la sensación de bienestar y ansiedad

MÚSCULO-ESQUELÉTICO
Mejora la lumbalgia. La diástasis abdominal es menos frecuente en mujeres con buen tono abdominal

1. Sánchez-García JC, Rodríguez-Blanque R, Mur Villar N, Sánchez-López AM, Levet Hernández Mc, Aguilar-Cordero MJ. Influencia del ejercicio físico sobre la calidad de vida durante el embarazo y el posparto: revisión sistemática. Nutr. Hosp. [Internet]. 2016; 33(Suppl 5): 1-9
2. Salazar Martínez C. Realización de ejercicio físico durante el embarazo: beneficios y recomendaciones. REEFD [Internet]. 28 de julio de 2016;(414):Pag. 53-68.
3. Miranda, M, Navío, C. Beneficios del ejercicio físico para la mujer embarazada. Journal of Sport and Health Research, [Internet]. 2013; 5(2), 229-232.

SATSE

Resumen: OBJETIVOS: Describir los beneficios maternos del ejercicio físico durante la gestación.

Identificar las características del ejercicio físico recomendadas durante la gestación.

MATERIAL Y MÉTODO: Búsqueda bibliográfica en las bases de datos CUIDEN, Scielo y Google Académico.

RESULTADOS: Toda mujer gestante sin contraindicaciones médicas debería mantenerse activa durante su embarazo con el objeto de conseguir beneficios para su salud y reducir la posibilidad de complicaciones durante la gestación.

CONCLUSIONES: Unanimidad en la importancia, beneficios, recomendaciones y contraindicaciones del ejercicio físico durante la gestación.

El tipo de actividades a desarrollar debería tender a mejorar la resistencia aeróbica, la fuerza muscular leve, el equilibrio y la coordinación motriz, la flexibilidad y el trabajo del suelo pélvico.

Palabras Clave: Embarazo, Ejercicio Físico, Actividad Física

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Las mujeres son conscientes de la necesidad de cuidarse durante el embarazo y desde nuestra posición profesional se debería ofrecer información actualizada y recursos para la práctica del ejercicio físico durante esa etapa de la vida desde una perspectiva multidisciplinar, pero para mantener el control y el seguimiento de un entrenamiento físico en embarazadas existe una gran dificultad desde las consultas por falta de tiempo y de espacios adecuados.

La realización de ejercicio físico (EF) a lo largo del embarazo está llena de falsos mitos como bajo peso al nacer, abortos, partos prematuros, ruptura de membranas, defectos

neurológicos del recién nacido. Solo el 25% de las embarazadas son suficientemente activas (Department of Health &Human Services USA 2018). Toda mujer gestante sin contraindicaciones de tipo médico debería mantenerse activa físicamente durante su embarazo. Los investigadores sugieren la importancia de promover hábitos saludables durante el embarazo, entre los que se encuentra el ejercicio físico, pues influye beneficiosamente durante el embarazo y proporciona mejores resultados perinatales1. La mejor opción es la del ejercicio físico desarrollado dentro de un programa específico para gestantes y supervisado por un profesional; en caso contrario es adecuado contar como mínimo con el asesoramiento del citado profesional. El tipo de actividades a desarrollar debería tender a la mejora de la resistencia aeróbica, la fuerza muscular leve, el equilibrio y la coordinación motriz, la flexibilidad y el trabajo del suelo pélvico.

Objetivos:

Describir los beneficios maternos del ejercicio físico durante la gestación

Identificar las características del ejercicio físico recomendadas durante la gestación

Material y Métodos:

Búsqueda bibliográfica en las bases de datos CUIDEN, Scielo y Google Académico

Resultados:

A nivel respiratorio aumenta el nivel de oxígeno máximo, encontrándose mayor beneficio en el medio acuático que en el terrestre.

En cuanto a los beneficios hormonales y metabólicos, el EF durante el embarazo disminuye la resistencia a la insulina (se ha demostrado menores dosis necesarias para un buen control glucémico en gestantes activas), previniendo el riesgo de desarrollar una diabetes gestacional en un 38%. Un factor de riesgo para desarrollar diabetes gestacional es la edad materna (mayor de 30 años) y en España, según el Instituto Nacional de Estadística, la edad media de las mujeres cuando tienen a su primer hijo es de 32 años.

Reduce la frecuencia cardiaca materna aumentando la tolerancia al esfuerzo físico.

Reduce la ganancia de peso durante la gestación. La obesidad materna es el problema más común en las mujeres embarazadas. La obesidad en la gestación se relaciona con más posibilidades de desarrollar diabetes gestacional, preeclampsia, parto pretérmino, partos instrumenrtales, cesáreas, infecciones y hemorragias posparto. En gestante obesas de debería recomendar actividad entre la 9 y 38 semanas de gestación.

Los trastornos hipertensivos constituyen una de las principales causas de mortalidad materna y perinatal de todo el mundo. La causa principal de muerte en mujeres con preeeclampsia es la hemorragia intracraneal (ACOG 2020). La realización de ejercicio físico durante el embarazo disminuye el riesgo de desarrollar trastornos hipertensivos en un 39% y de preeclampsia en un 41%, porcentajes nada desdeñables.

Relacionando las alteraciones músculo esqueléticas ocasionadas por la evolución del embarazo, encontramos que la mayor afectación en las gestantes son las lumbociáticas, con un a prevalencia, segun la bibliografía consultada de un 50-70% de las embarazadas. Hemos encontrado estudios que relacionan el aumento de masa corporal como el principal factor para padecer estas dolencias, mientras que otros estudios tienen más en cuenta el dolor previo al embarazo como el mayor condicionante de molestias lumbares. En cualquier caso el EF está relacionada con una disminución de dolor lumbar.

Beneficios circulatorios: previene la aparición de varices por la activación de la circulación, la aparición de trombosis venosa profunda.

Estimula el crecimiento placentario. Aunque con la realización del ejercicio se demuestra una reducción en un 25% del flujo placentario, el aporte a la placenta es adecuado ya esa sangre ofertada posee más oxígeno.

Respecto al parto:. Al realizar EF aumenta la liberación de endorfinas plasmáticas, pudiendo proporcionar alivio del dolor durante el parto y reducir la necesiadad de analgesia epidural, aunque

los resultados no son concluyentes. Otros demuestran una duración menor del parto, mayor número de cesáreas en mujeres sedentarias y en la que a pesar de ser activas, diminuyeron el EF en la recta final del embarazo.

Proporciona una mejor recuperación física posparto.

Disminuye las posibilidades y gravedad de la depresión, disminuye la ansiedad en las gestantes.

Evita el desarrollo a largo plazo de enfermedades cardio-metabólicas como pueden ser diabetes e hipertensión.

En relación con el suelo pélvico, se estima que una de cada cuatro mujeres a nivel mundial, sufre alguna disfunción del suelo pélvico. La prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres en periodo reproductivo llega al 40%, alcanzando el 50% tras la menopausia. El prolapso de órganos pélvicos afecta aproximadamente a un 25% de las mujeres.

Las mujeres que experimentan incontinencia urinaria de esfuerzo durante su primer embarazo y continúan sintomáticas durante los 3 primeros meses, tienen un riesgo del 88% de continuar sintomáticas hasta años posparto reduciendo hasta un 50% del riesgo de incontinencia en embarazo y posparto si se ejercita la musulatura perineal junto ejercicios aeróbicos.

Conclusiones:

Unanimidad en la importancia del ejercicio físico durante la gestación.

El tipo de actividades a desarrollar debería tender a la mejora de la resistencia aeróbica, la fuerza muscular leve, el equilibrio y la coordinación motriz, la flexibilidad y el trabajo del suelo pélvico.

Bibliografía

1.- Sánchez-García JC, Rodríguez-Blanque R, Mur Villar N, Sánchez-López AM, Levet Hernández Mc, Aguilar-Cordero MJ. Influencia del ejercicio físico sobre la calidad de vida durante el embarazo y el posparto: revisión sistemática. Nutr. Hosp. [Internet]. 2016; 33(Suppl 5): 1-9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112016001100001&lng=es. https://dx.doi.org/10.20960/nh.514

2.- SALAZAR MARTÍNEZ C. Realización de ejercicio físico durante el embarazo: beneficios y recomendaciones. REEFD [Internet]. 28 de julio de 2016;(414):Pag. 53-68. Disponible en: https://www.reefd.es/index.php/reefd/article/view/480

3.- Miranda, M, Navío, C. Beneficios del ejercicio físico para la mujer embarazada. Journal of Sport and Health Research, [Internet]. 2013; 5(2), 229-232.

4.- Naranjo, M. C. M., Pascual, M. J. S, López, E. L. Aspectos beneficiosos del ejercicio físico en el embarazo. Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar, [Internet]. 2018, 18(2), 38-44.

5.- Enjuanes, L. R. S., Esquinas, S. M., Navarro, I. A., Ferris, S. M., & Espías, R. B. Importancia de la actividad física durante el embarazo. Artículo monográfico. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 2022, 3(2), 66.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 33

Calidad de vida en el paciente geriátrico con enfermedad renal crónica.

Llamas Fernández, Sara

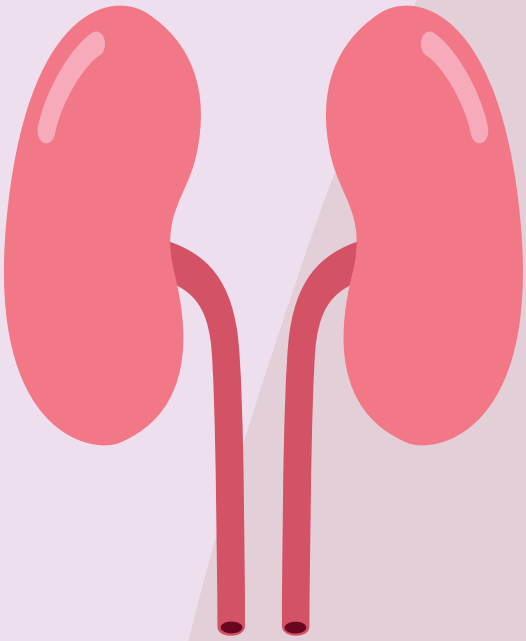
CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE GERIÁTRICO CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA.

Sara Llamas Fernández, enfermera. Hospital Monte Naranco, Oviedo, Asturias

SATSE

Introducción

Los cambios propios del envejecimiento unidos a la enfermedad renal crónica (ERC) disminuyen las funciones físicas y mentales de los adultos mayores afectando a su calidad de vida. El objetivo que se persigue es evidenciar la calidad de vida auto-percibida por los usuarios incluidos en el estudio, permitiendo la incorporación de nuevos cuidados que faciliten su estilo de vida.



Material y Métodos

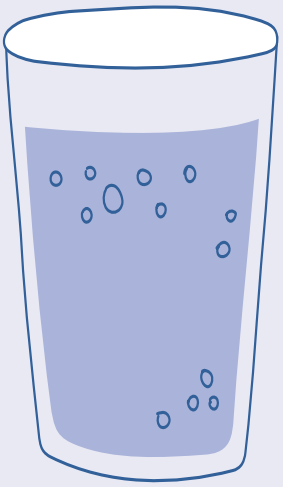
Estudio observacional transversal desarrollado en el Hospital Monte Naranco entre los meses de diciembre-2022 y marzo-2023.La muestra fueron pacientes mayores de 80 años con ERC seleccionados mediante un muestreo por conveniencia, excluyendo aquellos que presentaran algún deterioro cognitivo moderado-alto. Se analizaron las variables edad, sexo, barthel previo, barthel al ingreso y la escala KDCOL-36. Seaplicaron medidas de tendencia central como medias, porcentajes y frecuencias.Se obtuvo la aprobación del Comité de Ética del Principado de Asturias asegurando el uso racional de la información obtenida.

Resultados

La muestra se compuso de 272 usuarios. La edad fue de 90,68 años y el 58,6% fueron de sexo masculino. El barthel previo fue de 61,0 (dependencia leve) mientras que el barthel al ingreso fue de 45,3 (dependencia moderada), siendo de 56 en el caso de los hombres y de 41 para las mujeres. El 45,2% de los usuarios defendieron presentar un estado de salud "pasable" indicando una pequeña limitación para hacer actividades o subir escaleras en el 46% de los casos. El 59,9% no refirió dolor en las últimas semanas. En referencia a la enfermedad renal el 17,3% consideró que su enfermedad le intervenía en su vida pero que no era una enfermedad que le ocupara mucho tiempo. Sólo el 13,2% se sentía frustrado al tener que ocuparse de su enfermedad. El 29% consideraban total-bastante cierto que eran una carga para la familia, mientras que el 60,3% lo consideraban como algo bastante-totalmente falso. El 73,5% indicó no estar nervioso por su enfermedad. Finalmente, el 89,3% no vieron afectada su vida sexual y el 60% tampoco su aspecto físico.

Discusión

Aunque en el análisis de manera específica de cada ítem no parezca establecerse una gran afectación en la calidad de vida, en líneas generales se observó afectación en la calidad de vida pues su nivel de independencia se encontró afectado, haciendo que dependan en mayor medida de los demás por lo que sus relaciones sociales se verán afectadas, siendo uno de los factores condicionantes de estados de ansiedad y depresión.



Resumen: Estudio con pacientes mayores de 80 años con ERC. La muestra se compuso de 272 usuarios con edad de 90,68 años y el 58,6% fueron hombres. El 45,2% de los usuarios presentaron un estado de salud "pasable". Solo el 13,2% se sentía frustrado por su enfermedad. El 29% consideraban total-bastante cierto que eran una carga para la familia, mientras que el 60,3% lo consideraban como algo bastante-totalmente falso. En líneas generales se observó afectación en la calidad de vida haciendo que dependan de los demás y que sus relaciones sociales se vieran afectadas, causando ansiedad y depresión.

Palabras Clave: Calidad de Vida, Enfermedades Renales, Anciano.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La enfermedad renal crónica (ERC) se ha convertido en una de las enfermedades más prevalentes. En Chile el número de pacientes con ERC ha aumentado de manera paralela a patologías como diabetes mellitus o hipertensión arterial1. En España la esperanza de vida ha condicionado una mayor cronicidad de las enfermedades, sin ajustarse a la calidad de vida. Además, los cambios del envejecimiento disminuyen las funciones físico-mentales, lo que los hace más frágiles en su salud y su bienestar2. De esta manera, pierden su independencia sometiéndose a múltiples tratamientos, dietas estrictas o toma de medicamentos3 todos ellos fuentes generadoras de ansiedad4. Son numerosos los autores que han determinado la existencia de una correlación negativa entre la ERC y el estado de salud autopercibido5. El estado de salud autopercibido se define como el espacio entre la expectativa y la experiencia de salud manifestado en la valoración que asigna a su bienestar físico, emocional, funcional, social y espiritual, luego del diagnóstico y el tratamiento1. Por ello, en este estudio se ha decidido administrar un cuestionario específico sobre la calidad de vida de los usuarios con ERC el cual permite determinar las esferas emocionales, mentales y físicas de los usuarios. El objetivo trata de evidenciar la calidad de vida autopercibida por estos individuos para facilitar su estilo de vida.

Objetivos:

Estudiar las condiciones de salud y calidad de vida del paciente geriátrico con enfermedad renal

Material y Métodos:

Estudio observacional transversal desarrollado entre los meses de diciembre-2022 y marzo-2023. La población han sido pacientes mayores de 80 años con antecedentes de ERC excluyendo aquellos que presentaran deterioro cognitivo moderado-alto. Las variables fueron la edad, el sexo y la escala "Kidney Disease and quality of Life" (KDCOL-36) la cual permite analizar cuatro esferas: estado de salud (ítems 1- 12), carga de la enfermedad renal (ítems 13-16), signos y síntomas (ítems 17-27) y los efectos de la enfermedad en su vida (ítems 29-36). Debido a las bajas condiciones de salud de los individuos seleccionados se ha desestimado el uso de terapias invasivas haciendo que el ítem 28a y 28b de la escala no fueran precisados para el estudio. En cuanto a los ítems de la escala KDCOL-36 se utilizó la herramienta SPSS para realizar el análisis de las frecuencias. Se obtuvo la aprobación del Comité de Ética de Investigación del Principado de Asturias a fecha 13 febrero

2023. Se han cumplido la ley 14/2007 de Investigación Biomédica y la ley 3/2018 de Protección de datos y garantías de derechos digitales.

Resultados:

La población fue de 423. Aplicando los criterios de exclusión la muestra se compuso de un total de 272 usuarios. La edad se situó en 90,68 años y el 58,6% de los participantes fueron hombres. El 45,2% de los usuarios defendieron presentar un estado de salud "pasable" indicando una pequeña limitación para las actividades moderadas o subir escaleras en el 46% de los casos, y un 51,1% hizo menos de lo que le hubiera gustado. El 59,9% no refirió dolor en las últimas semanas. En cuanto al estado emocional de los pacientes solo el 5,10% se sintió tranquilo mientras que el 23,2% se sintió casi siempre desanimado.

En referencia a la enfermedad renal el 17,3% consideró que le intervenía bastante en su vida pero que no era una enfermedad que le ocupara mucho tiempo en su día a día. Solo el 13,2% se sentía frustrado al tener que ocuparse de su enfermedad. Es importante destacar que el 29% consideraban total-bastante cierto que eran una carga para la familia, mientras que el 60,3% lo consideraban como algo bastante-totalmente falso.

En lo que respecta a la sintomatología prevalecieron los calambres, la picazón en la piel y el hormigueo en manos y pies. Entre el 71 y el 77,2% no les interfería la enfermedad para el consumo de líquidos o para la dieta. El 54,4% vio un poco limitada su capacidad para realizar actividades en el hogar. El 46% consideró que dependían un poco más del personal sanitario debido a su enfermedad con un estado de nerviosismo en el 73,5% de los casos.

Conclusiones:

La presencia de ERC es más común en hombres lo que es indicativo de menos cuidados por parte de este género haciéndoles más vulnerables a las secuelas derivadas de la patología. Este resultado se ajusta al obtenido en otros estudios tales como el publicado por las autoras Sandra Milena Martínez-Rojas y Silvia Liliana Ruiz-Roa en la revista de Enfermería Nefrológica4.

La mayor parte no consideró que la enfermedad les interfiriera en la alimentación o en el consumo de líquidos, ni tampoco en su capacidad para viajar. Esto se contrapone a los resultados obtenidos en el estudio de Natividad Calero-Mercado, en el que los usuarios sí indicaron afectaciones en estas áreas. Además, en el mismo estudio se demostró que los pacientes presentaron una situación de nerviosismo causado por la enfermedad (28,57%) mientras que en nuestro estudio no se consideraron estados de preocupación3. Sin embargo, nuestra muestra sí notificó nerviosismo y dependieron más del personal sanitario, resultados similares a los encontrados en numerosos estudios. Aunque en el análisis de manera específica de cada ítem no parezca establecerse una gran afectación en la calidad de vida, en líneas generales del estudio se puede observar la presencia de afectación en su nivel de independencia y en sus relaciones sociales siendo factores condicionantes de ansiedad y depresión. Se debe hacer hincapié en unos cuidados adecuados asegurando el bienestar para evitar secuelas emocionales, sociales y físicas.

Bibliografía

1.- Zúñiga C, Dapueto J, Müller H, Kirsten L, Alid R, Ortiz L. Evaluación de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis crónica mediante el cuestionario "Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-36)". Rev Med Chile (2009). 137: 200-207. http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000200003

2.- Montenegro-Martínez J, Da Silva-Fernandes NM, Lobbedez T. Diálisis peritoneal asistida. Tratado de diálisis peritoneal. 3ª Edición. Octubre 2020: 193- 215. ISBN: 9788491139263

3.- Calero-Mercado N, Crespo-Giraldez RM, Calero-Infante A, Molero-Castro MD, González-Cabezas MP. Calidad de vida del adulto en terapia sustitutiva renal con hemodiálisis. Enfermería Integral. 2022. 131: 73-75. ISSN 0214-0128.

4.- Martínez-Rojas SM, Ruiz-Roa SL. Relación entre bienestar psicológico y la percepción de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis. Enferm Nefrol. 2022. 25(3): 229-238. DOI: 10.37551/52254-28842022023

5.- Casares-Cid S, Goncalves-Vázquez PN, Alonso-González A, Remigio-Lorenzo MJ, Vázquez-Rivera J, Martínez-Ques AA. Relacion entre calidad de vida, adherencia al tratamiento y nivel de conocimiento del paciente en hemodiálisis. Enferm Nefrol. 2022. 25(2): 140-8. DOI: 10.37551/52254-28842022015

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 34

Revisión bibliográfica: calidad de vida relacionada con la salud en pacientes que sufren de enfermedades del sueño.

Roncero García, David.
Lazar, Alexandra.
López Cano, Francisco.
Castellanos Franco, Julia.

XIV Congreso de Investigación Enfermería y Fisioterapia

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: *CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES QUE SUFREN DE ENFERMEDADES DEL SUEÑO*

Autores: David Roncero García, Alexandra Lazar, Julia Castellanos Franco y Francisco López Cano.

Las **enfermedades del sueño** son un problema de gran magnitud puesto que pueden provocar alteraciones en las funciones vitales de las personas y se asocian a la aparición de enfermedades como depresión, cáncer, diabetes u obesidad.



Objetivos

Analizar y describir la calidad de vida de pacientes que sufren de enfermedades del sueño.



Material y Método

Se realiza una revisión bibliográfica.

Bases de datos: Scopus, Pubmed, Cochrane, Web of Science.

Palabras clave: calidad de vida, trastornos del sueño, insomnio.

Resultados

- En el caso de la **apnea del sueño**, la administración de un tratamiento con CPAP (presión positiva continua en la vía aérea), mejoró significativamente los niveles de CVRS (calidad de vida relacionada con la salud).
- Los pacientes con **apnea obstructiva del sueño** mejoraron su CVRS mediante intervenciones quirúrgicas.
- Los niveles de CVRS son menores cuanto mayor es el nivel o la sintomatología del **insomnio**.
- Existe una relación significativa entre la aparición de síntomas depresivos y padecer **insomnio**.
- Existe una relación significativa entre el mayor nivel de **somnolencia diurna** y un menor nivel de CVRS.

Conclusiones

Es posible afirmar que el hecho de padecer una enfermedad del sueño conlleva una disminución relevante del nivel de CVRS de la persona. Esta disminución se produce tanto a nivel físico como mental y emocional.

Resumen: Las enfermedades del sueño se han convertido en un problema de gran magnitud en los países desarrollados, siendo su prevalencia de alrededor del 20-30%. Los trastornos del sueño a largo plazo pueden provocar alteraciones en funciones vitales como las hormonales, metabólicas o cardiovasculares y se asocian a la aparición de enfermedades como depresión, cáncer, diabetes u obesidad entre otras. Se realiza una revisión bibliográfica sobre el nivel de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes que sufren de enfermedades del sueño realizando una búsqueda en bases de datos científicas.

Palabras Clave: Calidad de Vida, Enfermedades Renales, Anciano.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El sueño se comprende como un proceso biológico crucial para el adecuado funcionamiento de la vida y la salud de las personas. Un correcto descanso es fundamental para que se desarrollen adecuadamente las funciones del organismo, desde las metabólicas hasta las hormonales, la función inmunitaria y otras funciones vitales como la memoria o el aprendizaje. Diferentes estudios han demostrado que existe una relación entre la cronicidad de las enfermedades del sueño con la aparición de enfermedades como: depresión, cáncer, diabetes, hipertensión u obesidad. Son numerosos los costes económicos que estas enfermedades traen consigo debido a la pérdida de salud, productividad y seguridad. Las patologías del sueño se han convertido en un problema relativamente común, especialmente en las naciones desarrolladas.

Existe una importante relación entre el estado de salud de las personas y su nivel de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) la cual permite observar cómo una enfermedad afecta al paciente con el paso del tiempo. Con el fin de valorar adecuadamente el estado de salud del paciente, es importante abordar la CVRS desde el punto de vista genérico (mediante cuestionarios genéricos de medición de la CVRS) y desde un punto de vista específico de la enfermedad que padece (cuestionarios específicos).

Los cuestionarios de CVRS genéricos incluidos son el Short Form-36 (SF-36), el EuroQol-5D (EQ-5D) y el World Health Organization Quality of Life abbreviated versión (WHOQOL-BREF). Los cuestionarios de CVRS específicos incluidos son el Functional Outcomes of Sleep (FOSQ) y FOSQ-10, el Quebec Sleep Questionnaire (QSQ), el Calgary Sleep Apnea Quality of Life Index (SAQLI), el Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), la Epworth Sleepiness Scale (ESS) y el Insomnia Severity Index (ISI).

Objetivos:

Analizar y describir la calidad de vida de pacientes que sufren de enfermedades del sueño.

Material y Métodos:

Se realiza una revisión bibliográfica incluyendo estudios que tratan la calidad de vida de las personas que sufren enfermedades del sueño y evalúan dicha calidad de vida mediante el uso de cuestionarios específicos y genéricos.

Se realizaron búsquedas en las principales bases de datos bibliográficas en los últimos 6 años. Las bases de datos escogidas fueron: Scopus, Pubmed (Medline), Cochrane y Web os Science (WOS).

Resultados:

En el caso de la apnea del sueño, son varios los estudios que demuestran que, tras la administración de un tratamiento con CPAP (presión positiva continua en la vía aérea), se observa una mejora global significativa de los niveles de CVRS en estos pacientes. Del mismo modo se revela una mejoría de la CVRS en los pacientes con apnea obstructiva del sueño tratados mediante intervenciones quirúrgicas.

Respecto al insomnio, los estudios demuestran que los pacientes presentan unos niveles de CVRS inferiores a aquellos que no lo sufren. A su vez, se evidencia que cuanto mayor es el nivel o la sintomatología del insomnio, menor es la CVRS. En un estudio se muestra una relación significativa entre la aparición de síntomas depresivos y padecer insomnio. Con respecto al SPI (Síndrome de Piernas Inquietas), los resultados indican que padecer esta patología supone una pérdida significativa de CVRS. Se evidenció que los pacientes con SPI presentan una mayor prevalencia de ansiedad y depresión. Es notable destacar que se observa una relación significativa entre un mayor nivel de somnolencia diurna y un menor nivel de CVRS.

Conclusiones:

Los resultados arrojan luz sobre la realidad y la carga que suponen las enfermedades del sueño en la población general. Es posible afirmar que el hecho de padecer una enfermedad del sueño conlleva una disminución relevante del nivel de CVRS de la persona. Esta disminución se produce tanto a nivel físico como mental y emocional. Emplear la CVRS como parámetro para medir estas patologías puede ser un avance importante a la hora de realizar una valoración más individualizada de la situación de cada paciente. Es necesario continuar investigando sobre este tema con el fin de llevar a cabo un mejor abordaje de este tipo de patologías.

Bibliografía

1.- Medic G, Wille M, Hemels ME. Short- and long-term health consequences of sleep disruption. Nat Sci Sleep. 2017; 9:151-61.

2.- Sheats RD. Health-Related Quality of Life Assessment Tools and Sleep-Disordered Breathing. J Dent Sleep Med. 2016;03(02):49-55.

3.- Barroso-Pérez T, Cubo E, Cordero-Guevara J, Poza-Maure E, Checa-Díez L. Calidad de vida y características asociadas del síndrome de piernas inquietas en la población adulta de Burgos, España. Rev Neurol. 2017;65(6):257-262

4.- Londoño-Palacio N, Escobar-Córdoba F, Toro-Pérez ME. Calidad de vida en síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS). Rev Fac Med. 2017; 65:135-9.

5.- Amaral MOP, de Almeida Garrido AJ, Figueiredo Pereira C, Master NV, Delgado Nunes C, Sakellarides CT. Quality of life, sleepiness and depressive symptoms in adolescents with insomnia: A cross-sectional study. Aten Primaria.2017;49(1):35-41.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 35

Caso clínico: abordaje del paciente psiquiátrico complejo

Renedo Díez, Andrés
Hernández Porras, Lara
Mamolar Andrés, Ana
García Castilla, Javier
De la Vega Pardo, Laura

CASO CLÍNICO : ABORDAJE DEL PACIENTE PSIQUIATRICOCOMPLEJO

Andrés Renedo Diez , Lara Hernández Porras, Ana Mamolar Andrés, Javier García Castilla, Laura Laso de la Vega Pardo

Introducción

Mujer de 50 años de edad derivada por su facultativo de atención primaria de manera involuntaria y con aprobación de su familia por descompensación de su esquizofrenia. Refiere alucinaciones, sobre todo nocturnas, de agresiones físicas.

Observación Clínica

Desde dos días antes del ingreso presenta alteración de la conducta. "pedaleando en la cama, insultando,…" El día antes del ingreso, ideas de que le están envenenando. No tiene alergias medicamentosas. Ingreso involuntario.

- HTA.
- DM tipo II, insulinodependiente, mal controlado.
- Síndrome de apnea del sueño con hipoventilación nocturna.
- Hipotiroidismo.
- Obesidad
- Deficit de Vit. D
- **Esquizofrenia indiferenciada** de desde hace 20 años, con varios ingresos por descompensación.
- Meniscopatía de rodilla derecha en ttº en rehabilitación.

T.A. 140/70
Tª 36.1º
F.C 74 l/m
Glucemia capilar: 210mg/dl
Peso: 137.6kg

Patrón percepción control de la salud

Incumplimiento r/c la falta de implicación m/p las descompensaciones de su esquizofrenia y las glucemias capilares.

Deterioro generalizado del adulto r/c su deterioro físico y retraimiento social m/p apatía con el resto de pacientes y sanitarios y su estado físico, referido también desde distritos.

Patrón eliminación

Incontinencia urinaria de esfuerzo r/c debilidad de los músculos pélvicos m/p perdidas de orina al toser, reir, estornudar,..

Riesgo de estreñimiento r/c recidiva de estreñimiento

Patrón nutricional metabólico

Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades r/c el aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas m/p peso superior de 20% al ideal según su talla y constitución corporal.

Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c diabetes mellitus tipo 2

Patrón actividad ejercicio

Riesgo de caídas r/c meniscopatía derecha y su forma física.

Déficit de autocuidado: baño r/c su obesidad que genera limitación del movimiento m/p no llegar a todas las zonas de su cuerpo e incapacidad para lavarse el cuerpo.

Estilo de vida sedentario r/c que se fatiga m/p obesidad, su forma física y referido verbalmente por ella.

Intolerancia a la actividad r/c estilo de vida sedentario m/p expresa fatiga

Fatiga r/c inactividad m/p expresar cansancio

Patrón respiratorio ineficaz m/p depravación ventilatoria r/c apnea del sueño

Patrón cognitivo perceptivo

Confusión aguda r/c la esquizofrenia indiferenciada m/p los delirios.

Patrón rol-relación

Procesos familiares disfuncionales r/c las alucinaciones m/p la paciente verbalmente alegando que la maltratan físicamente.

Discusión

El tratamiento, la dieta, el ejercicio durante su estancia es adecuado, ya que corre por cuenta de la institución. Se la ve progresos, camina más, se fatiga menos. Ha perdido ya varios kilogramos y la glucemia actualmente está estable, dentro de su rango de normalidad. Manifestando disconformidad tanto por la dieta, como por el cambio de ttº. Es una candidata a otro desajuste por incumplimiento del ttº si no se le consigue concienciar. Una paciente partidaria de ingreso en URH.

Controlado su incontinencia de esfuerzo, en estos momentos no tiene estreñimiento, seguramente debido a la dieta controlada.

Respecto a su apnea del sueño, usa BIPAP nocturna y no manifiesta alteraciones durante los días de estancia hospitalaria.

En relación con sus delirios, no las reconoce como tal, pero sí que observamos que disminuyen, ya que nos comenta menos incidencias.

Respecto a la relación familiar, sigue sin aceptar que no sea por cuenta de sus allegados la violencia que refiere, pero la relación con ellos ha mejorado. Buen trato sobre todo con su marido y su hermana.

Conclusión

Es una paciente que requiere alto grado de seguimiento multifactorial, tanto por AP, como por el endocrino, psiquiatría, etc. Para conseguir encaminar desde todos los ámbitos a esta paciente. Trabajo muy costoso, ya que no está muy colaborativa y concienciada del cambio.

Resumen: Mujer de 50 años con diagnóstico de esquizofrenia indiferenciada, pluripatológica que ingresa por agudización de la patología.

Se aborda desde el punto de vista biopsicosocial, desde el punto de vista enfermero.

Palabras Clave: Esquizofrenia, obesidad, planificación de atención al paciente

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Mujer de 50 años de edad derivada por su facultativo de atención primaria de manera involuntaria y con aprobación de su familia por descompensación de su esquizofrenia. Refiere alucinaciones, sobre todo nocturnas, de agresiones físicas.

Observación Clínica:

Desde dos días antes del ingreso presenta alteración de la conducta. “pedaleando en la cama, insultando, …” El día antes del ingreso, ideas de que le están envenenando. No tiene alergias medicamentosas. Ingreso involuntario.

Antecedentes:

- HTA.
- DM tipo II, insulinodependiente, mal controlado.
- Síndrome de apnea del sueño con hipoventilación nocturna.
- Hipotiroidismo.
- Obesidad
- Déficit de Vit. D
- Esquizofrenia indiferenciada de desde hace 20 años, con varios ingresos por descompensación.
- Meniscopatía de rodilla derecha en ttº en rehabilitación

Plan de cuidados:

1. Patrón percepción control de la salud

Incumplimiento r/c la falta de implicación m/p las descompensaciones de su esquizofrenia y las glucemias capilares.

Enseñanza: procedimiento/tratamiento

Deterioro generalizado del adulto r/c su deterioro físico y retraimiento social m/p apatía con el resto de pacientes y sanitarios y su estado físico, referido también desde distritos.

Fomento del ejercicio (tratado posteriormente en otro dx)

Manejo de la nutrición (tratado posteriormente en otro dx)

Habilidades de interacción social

2. Patrón nutricional metabólico

Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades r/c el aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas m/p peso superior de 20% al ideal según su talla y constitución corporal.

Fomento del ejercicio

Manejo de la nutrición

Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c diabetes mellitus tipo 2

Manejo de la hiperglucemia

3. Patrón eliminación

Incontinencia urinaria de esfuerzo r/c debilidad de los músculos pélvicos m/p pérdidas de orina al toser, reír, estornudar...

Cuidados de la incontinencia urinaria

Riesgo de estreñimiento r/c recidiva de estreñimiento

Manejo del estreñimiento/impactación fecal

4. Patrón actividad ejercicio

Riesgo de caídas r/c meniscopatía derecha y su forma física.

Prevención de caídas

Déficit de autocuidado: baño r/c su obesidad que genera limitación del movimiento m/p no llegar a todas las zonas de su cuerpo e incapacidad para lavarse el cuerpo.

Ayuda con el autocuidado: baño/higiene

Estilo de vida sedentario r/c que se fatiga m/p obesidad, su forma física y referido verbalmente por ella.

Fomento del ejercicio

Intolerancia a la actividad r/c estilo de vida sedentario m/p expresa fatiga

Fomento del ejercicio (ya tratado en otro diagnóstico)

Fatiga r/c inactividad m/p expresar cansancio

Fomento del ejercicio (ya tratado en otro diagnostico)

Patrón respiratorio ineficaz m/p depravación ventilatoria r/c apnea del sueño

Manejo de la ventilación mecánica: no invasiva

5. Patrón cognitivo perceptivo

Confusión aguda r/c la esquizofrenia indiferenciada m/p los delirios

Manejo del delirio

Manejo de la medicación

6. Patrón rol-relación

Procesos familiares disfuncionales r/c las alucinaciones m/p la paciente verbalmente alegando que la maltratan físicamente.

Manejo del delirio

Manejo de la medicación

Discusión:

El tratamiento, la dieta, el ejercicio durante su estancia es adecuado, ya que corre por cuenta de la institución. Se le ve progreso, camina más, se fatiga menos. Ha perdido ya varios kilogramos y la glucemia actualmente está estable, dentro de su rango de normalidad. Manifestando disconformidad tanto por la dieta, como por el cambio de ttº. Es una candidata a otro desajuste por incumplimiento del ttº si no se le consigue concienciar. Una paciente partidaria de ingreso en URH.

Controlado su incontinencia de esfuerzo, en estos momentos no tiene estreñimiento, seguramente debido a la dieta controlada.

Respecto a su apnea del sueño, usa BIPAP nocturna y no manifiesta alteraciones durante los días de estancia hospitalaria.

En relación con sus delirios, no las reconoce como tal, pero sí que observamos que disminuyen, ya que nos comenta menos incidencias.

Respecto a la relación familiar, sigue sin aceptar que no sea por cuenta de sus allegados la violencia que refiere, pero la relación con ellos ha mejorado. Buen trato sobre todo con su marido y su hermana.

Conclusiones:

Es una paciente que requiere alto grado de seguimiento multifactorial, tanto por AP, como por el endocrino, psiquiatría, etc. Para conseguir encaminar desde todos los ámbitos a esta paciente. Trabajo muy costoso, ya que no está muy colaborativa y concienciada del cambio.

Bibliografía

1.- Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey-Dochterman J, Maas M, Moorehead S, et al, editores. Interrelaciones NANDA, NIC, NOC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.

2.- American Psychological Association. (2020). Publication Manual of the American Psychological Association: The Official Guide to APA Style (7th ed.). Washington, DC: American Psycological Association.

3.- American Psychological Association [APA]. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (5th ed.). https://doi.org/10.1176/appi.books.978 0890425596

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 36

Caso clínico. Ventilación mecánica en paciente que sufre accidente de tráfico

Sanabria Moreno, María
Garrido Ruiz, Vanessa

Caso clínico. Ventilación mecánica en paciente que sufre accidente de tráfico.

Autores:
- María Sanabria Moreno
- Vanessa Garrido Ruiz



SATSE

Introducción

La ventilación mecánica (VM) es un procedimiento de respiración artificial que emplea un aparato mecánico para ayudar o sustituir la función ventilatoria. No es una terapia, sino un soporte que mantiene al paciente mientras se corrige la lesión estructural o alteración funcional por la cual se indicó.

Objetivos:

- Fisiológicos: mantener equilibrio electrolítico y ácido-base, buena perfusión tisular, estado neurológico de consciencia, signos vitales adecuados, intercambio gaseoso óptimo y ventilación adecuada.

- Clínicos: mejorar la hipoxemia arterial, aliviar disnea y sufrimiento respiratorio, corregir acidosis respiratoria por IRA, resolver o prevenir atelectasias, permitir el descanso de los músculos respiratorios, la sedación y el bloqueo neuromuscular, reducir la presión intracraneal (PIC) y estabilizar la pared torácica.

Plan de Cuidados enfermero

DIAGNOSTICOS (NANDA)	OBJETIVOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	ACTIVIDADES
00030 Deterioro del intercambio gaseoso R/C desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno	*Estado respiratorio: intercambio gaseoso 0402.* Intercambio alveolar de CO2 y O2 para mantener las concentraciones de gases arteriales. *Equilibrio electrolítico y ácido básico 0600.* Equilibrio de electrolitos y no electrolitos en los compartimentos intracelular y extracelular.	*Oxigenoterapia 3320.* Administración de oxígeno y control de su eficacia. *Fisioterapia respiratoria 3230.* Ayudar al paciente a expulsar las secreciones de la vía aérea alta y facilitar la expectoración y/o aspiración de la vía aérea baja.	• Adecuar el flujo a la concentración de oxígeno prescrita. • Eliminar las secreciones nasales, bucales y traqueales, si procede. • Mantener la permeabilidad de las vías aéreas. • Controlar la cantidad y tipo de expectoración • Estimular la tos durante y después del drenaje postural.
00005 Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal R/C infección	*Termorregulación 0800.* Equilibrio entre la producción, la ganancia y la pérdida de calor. *Hidratación 0602.* Cantidad de agua en los compartimentos intracelular y extracelular del organismo.	*Regulación de la temperatura 3900.* Consecución y mantenimiento de la temperatura corporal dentro del margen normal.	• Comprobar la temperatura en los intervalos de tiempo indicados. • Controlar la presión sanguínea, el pulso y la respiración, si procede. • Observar y registrar, signos y síntomas de hipotermia o hipertermia. • Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente. • Administrar la medicación adecuada para evitar o controlar los escalofríos. • Administrar medicamentos antipiréticos, si está indicado.
00035 Riesgo de lesión R/C técnicas invasivas, fármacos, nivel de inmunización, nivel de conciencia	*Control del riesgo 1902.* Acciones para eliminar o reducir las amenazas para la salud, reales, personales y modificables. *Estado neurológico 0909.* Medida a la que el sistema nervioso central y periférico recibe, elabora y responde a los estímulos internos y externos.	*Manejo de la medicación 2380.* Facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre disposición.	• Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica y/o el protocolo. • Vigilar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación. • Observar si hay signos y síntomas de toxicidad de la medicación. • Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos.
00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C inmovilidad física	*Integridad tisular: piel y membranas mucosas 1101.* Indemnidad y función fisiológica normal de la piel y de las membranas mucosas.	*Prevención de las úlceras por presión 3540.* Prevención de la formación de úlceras por presión en un paciente con alto riesgo de desarrollarlas.	• Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida. • Evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos. • Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón. • Utilizar camas y colchones especiales, protectores para codos y talones, si procede.

Discusión y Conclusiones

Se debe valorar hasta cuándo mantener a un paciente conectado a la VM. Cada caso se debe analizar con los principios de la bioética, que son el principio de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, teniendo en cuenta las circunstancias particulares de cada uno.

Observación Clínica

Hombre de 55 años que sufre accidente de tráfico mediante choque frontal entre vehículos. A su llegada al SUH se encuentra consciente y presenta: dolor torácico derecho, taquipnea y Sat O2 baja. Constantes vitales: TA: 90/50, FC: 140 l/min, Tª 36.8ªC y Sat O2: 88%. Presenta fracturas costales, taquicardia por FA hasta el momento desconocida.

En la valoración presenta hipoventilación derecha. El TAC demuestra que presenta derrame pleural bilateral. Abdomen sin hallazgos patológicos. Se traslada a UCI, donde permanece 2 meses. En UCI se canaliza un acceso arterial en arteria radial y se pone drenaje torácico. A las 48 horas de su ingreso en UCI comienza con desaturación y mala ventilación. Se intuba, manteniéndose con ventilación mecánica con volúmenes bajos, alta frecuencia respiratoria y PEEP > 8 cm H2O. Tras una semana con mantenimiento de ventilación mecánica se decide realizar traqueotomía. En nuevo TAC de control se aprecia un patrón fibrótico compatible con SDRA, por lo que se comienza tratamiento con corticoides.

Desde el ingreso ha presentado FA compatible con contusión miocárdica, por lo que ha sido tratado con Amiodarona, Digoxina y heparina de bajo peso molecular. Durante su ingreso en UCI presenta neumonía asociada a ventilación mecánica que debuta con inestabilidad hemodinámica precisando drogas vasoactivas. Tras cultivos se comienza con antibioterapia, progresando de manera satisfactoria. Tras mejoría se va disminuyendo el soporte ventilatorio hasta poder realizar el destete. Al alta de UCI mantiene Sat O2 95%-97% con GN a 4L y mantiene buena ventilación.

Resumen: En el caso clínico se expone el abordaje de un paciente de un accidente de tráfico desde la realización de una correcta valoración por parte de enfermería y elaboración de un plan de cuidados para solucionar los problemas detectados, dando relevancia al papel que desarrolla la ventilación mecánica como soporte para una recuperación satisfactoria del paciente.

Palabras Clave: Ventilación Mecánica, Monitorización, Cuidados de Enfermería.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La ventilación mecánica (VM) es un procedimiento de respiración artificial que emplea un aparato mecánico para ayudar o sustituir la función ventilatoria. No es una terapia, sino un soporte que mantiene al paciente mientras se corrige la lesión estructural o alteración funcional por la cual se indicó.

Objetivos:

- Fisiológicos: mantener equilibrio electrolítico y ácido-base, buena perfusión tisular, estado neurológica de consciencia, signos vitales adecuados, intercambio gaseoso óptima y ventilación adecuada.

- Clínicos: mejorar la hipoxemia arterial, aliviar disnea y sufrimiento respiratorio, corregir acidosis respiratoria por IRA, resolver o prevenir atelectasias, permitir el descanso de los músculos respiratorios, la sedación y el bloqueo neuromuscular, reducir la presión intracraneal (PIC) y estabilizar la pared torácica.

Observación Clínica:

Hombre de 55 años que sufre accidente de tráfico mediante choque frontal entre vehículos. A su llegada al SUH se encuentra consciente y presenta: dolor torácico derecho, taquipnea y Sat O2 baja. Constantes vitales: TA: 90/50, FC: 140 l/min, Tª 36.8ªC y Sat O2: 88%. Presenta fracturas costales, taquicardia por FA hasta el momento desconocida.

En la valoración presenta hipoventilación derecha. El TAC demuestra que presenta derrame pleural bilateral. Abdomen sin hallazgos patológicos. Se traslada a UCI, donde permanece 2 meses. En UCI se canaliza un acceso arterial en arteria radial y se pone drenaje torácico. A las 48 horas de su ingreso en UCI comienza con desaturación y mala ventilación. Se intuba, manteniéndose con ventilación mecánica con volúmenes bajos, alta frecuencia respiratoria y PEEP > 8 cm H2O. Tras una semana con mantenimiento de ventilación mecánica se decide realizar traqueotomía. En nuevo TAC de control se aprecia un patrón fibrótico compatible con SDRA, por lo que se comienza tratamiento con corticoides.

Desde el ingreso ha presentado FA compatible con contusión miocárdica, por lo que ha sido tratado con Amiodarona, Digoxina y heparina de bajo peso molecular. Durante su ingreso en UCI presenta neumonía asociada a ventilación mecánica que debuta con inestabilidad hemodinámica

precisando drogas vasoactivas. Tras cultivos se comienza con antibioterapia, progresando de manera satisfactoria. Tras mejoría se va disminuyendo el soporte ventilatorio hasta poder realizar el destete. Al alta de UCI mantiene Sat O2 95%-97% con GN a 4L y mantiene buena ventilación.

Plan de cuidados:

Diagnóstico

00030 Deterioro del intercambio gaseoso R/C desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno.

Objetivos

Estado respiratorio: intercambio gaseoso 0402. Intercambio alveolar de CO2 y O2 para mantener las concentraciones de gases arteriales.

Equilibrio electrolítico y ácido básico 0600. Equilibrio de electrolitos y no electrolitos en los compartimentos intracelular y extracelular.

Intervenciones

Oxigenoterapia 3320. Administración de oxígeno y control de su eficacia.

Fisioterapia respiratoria 3230. Ayudar al paciente a expulsar las secreciones de la vía aérea alta y facilitar la expectoración y/o aspiración de la vía aérea baja.

Actividades

- Adecuar el flujo a la concentración de oxígeno prescrita.
- Eliminar las secreciones nasales, bucales y traqueales, si procede.
- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
- Controlar la cantidad y tipo de expectoración.
- Estimular la tos durante y después del drenaje postural.

Diagnóstico

00005 Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal R/C infección.

Objetivos

Termorregulación 0800. Equilibrio entre la producción, ganancia y pérdida de calor.

Hidratación 0602. Cantidad de agua en los compartimentos intracelular y extracelular del organismo.

Intervención

Regulación de la temperatura 3900. Consecución y mantenimiento de la temperatura corporal dentro del margen normal.

Actividades

- Comprobar la temperatura en los intervalos de tiempo indicados.
- Controlar la presión sanguínea, el pulso y la respiración, si procede.

• Observar y registrar signos y síntomas de hipotermia o hipertermia.

• Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente.

• Administrar la medicación adecuada para evitar o controlar los escalofríos.

• Administrar medicamentos antipiréticos si está indicado.

Diagnóstico

00035 Riesgo de lesión R/C técnicas invasivas, fármacos, nivel de inmunización y nivel de conciencia.

Objetivos

Control del riesgo 1902. Acciones para eliminar o reducir las amenazas para la salud reales, personales y modificables.

Estado neurológico 0909. Medida a la que el sistema nervioso central y periférico recibe, elabora y responde a los estímulos internos y externos.

Intervención

Manejo de la medicación 2380. Facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre disposición.

Actividades

• Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica y/o el protocolo.

• Vigilar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación.

• Observar si hay signos y síntomas de toxicidad de la medicación.

• Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos.

Diagnóstico

00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C inmovilidad física.

Objetivos

Integridad tisular: piel y membranas mucosas 1101. Indemnidad y función fisiológica normal de la piel y de las membranas mucosas.

Intervención

Prevención de las úlceras por presión 3540. Prevención de la formación de úlceras por presión en un paciente con alto riesgo de desarrollarlas.

Actividades

• Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.

• Evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos.

• Colocar al paciente en posición ayudándose con la almohada para elevar los puntos de presión encima del colchón.

• Utilizar camas y colchones especiales y protectores para codos y talones si procede.

Discusión:

Se debe valorar hasta cuándo mantener a un paciente conectado a la VM. Cada caso se debe analizar con los principios de la bioética, que son el principio de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, teniendo en cuenta las circunstancias particulares de cada uno.

Bibliografía

1.- Herdman T.H, Kamitsuru S. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2018-2020. Edición hispanoamericana. 11.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.

2.- Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.

3.- Butcher M, Bulechek G, Dochterman JM & Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 37

Caso Clínico: Avulsión Ungueal por Traumatismo.

Mora Muñoz, Juan David
García Díaz, María De Los Reyes
Corredor Rodenas, María Teresa
Díaz Fernández, Elena
Gijón Ruiz, María De Gracia
Cruz Moreno, Encarnación

CASO CLÍNICO: AVULSIÓN UNGUEAL POR TRAUMATISMO

AUTORES: Mora Muñoz J.D. ; García Díaz M.R.; Corredor Rodenas M.T.; Díaz Fernández E.; Gijón Ruiz M.G.; Cruz Moreno E.

INTRODUCCIÓN

Históricamente, la cirugía menor ha formado parte de la práctica enfermera, quedando dentro de sus competencias.

La avulsión ungueal es un procedimiento que debemos realizar, sobre todo, en aquellos casos en los que existe un traumatismo y hay una pérdida parcial de la uña.

En este caso clínico se ha querido plasmar la técnica a desarrollar para la correcta extracción de la uña, así como el plan de cuidados para su completa resolución.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

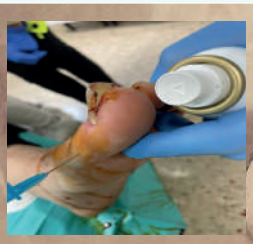
Varón de 48 años de edad que se presenta en el Punto de Atención Continuada de su Centro de Salud, después de sufrir una lesión traumática en la uña del 1º dedo del pie izquierdo, tras caerle una lata de conserva desde unos 2 metros de altura.

En la exploración, por parte del profesional de enfermería, el paciente presenta dolor, sangrado y desprendimiento parcial de la uña.

Se decide entonces avisar al profesional médico para que valore una posible fractura de la falange distal. Tras un exhaustivo examen y las pruebas pertinentes, se comprueba que no hay fractura y se decide, por parte de enfermería, la extracción total de la uña del paciente, para que no se vea limitada la realización de sus actividades diarias.

PLAN DE CUIDADOS

PATRONES FUNCIONALES DE M. GORDON ALTERADOS	DIAGNÓSTICOS NANDA	INTERVENCIONES NIC	RESULTADOS NOC
PATRÓN 1: PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD: el paciente presenta dolor y sangrado.	-00132 DOLOR AGUDO: secundario al traumatismo, el paciente indica un 8 en una escala numérica del 1 al 10.	* 5820: DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD: se explica el procedimiento al paciente y se le tranquiliza al decirle que no tendrá dolor en ningún momento porque se utilizará anestesia local.	-2102: NIVEL DEL DOLOR: tras la aplicación de la anestesia troncular, el paciente no refiere dolor , también se pauta metamizol cada 8 horas durante 3 días, si presntara dolor.
PATRÓN 4: ACTIVIDAD-EJERCICIO: el paciente presenta limitaciones para las actividades de su vida diaria. Además no se puede poner zapatos, porque la uña desprendida le molesta.	- 00004: RIESGO DE INFECCIÓN: la exposición de la herida tras la pérdida de la uña.	* 3660: CUIDADOS DE LAS HERIDAS: se procede a realizar un lavado de la herida con s.f. y posteriormente se aplica povidona yodada.	-2100: NIVEL DE COMODIDAD: el paciente se encuentra mejor tras la extracción de la totalidad de la uña, va a permitirle la realización de sus actividades diarias.
PATRÓN 10: ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS: el paciente se encuentra nervioso por el dolor de la herida y por el procedimiento que se le va a realizar.	- 00146: ANSIEDAD: relacionado con la cirugía que se le va a realizar.	* 2840: ADMINISTRACIÓN DE ANESTESIA: se realiza un bloqueo del 1º dedo del pie izquierdo con 2 ml de una ampolla de 10 ml de mepivacaína al 2%.	-1211: NIVEL DE ANSIEDAD: tras la intervención quirúrgica el paciente no presenta ansiedad.
		* 2900: ASISTENCIA QUIRÚRGICA: con un portaagujas de 12 cms en la mano derecha en eversión, realizamos un movimiento de rotación, según las agujas del reloj, logrando el desprendimiento total de la uña.	






DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Esta técnica es una alternativa segura y efectiva en pacientes con lesiones traumáticas que precisen tratamiento inmediato. Este caso clínico demuestra que la técnica puede realizarse con éxito en un entorno ambulatorio, sin necesidad de derivar al paciente al ámbito hospitalario y tanto el procedimiento como la recuperación serán más rápidos.

Resumen: Históricamente, la cirugía menor ha formado parte de la práctica enfermera, quedando dentro de sus competencias.

La avulsión ungueal es un procedimiento que debemos realizar, sobre todo, en aquellos casos en los que existe un traumatismo y hay una perdida parcial de la uña.

En este caso clínico se ha querido plasmar la técnica a desarrollar para la correcta extracción de la uña, así como el plan de cuidados para su completa resolución.

Palabras Clave: Avulsión, Uña, Cirugía Menor.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Históricamente, la cirugía menor ha formado parte de la práctica enfermera, quedando dentro de sus competencias.

La avulsión ungueal es un procedimiento que debemos realizar, sobre todo, en aquellos casos en los que existe un traumatismo y hay una pérdida parcial de la uña.

En este caso clínico se ha querido plasmar la técnica a desarrollar para la correcta extracción de la uña, así como el plan de cuidados para su completa resolución.

Observación Clínica:

Varón de 48 años de edad que se presenta en el Punto de Atención Continuada de su Centro de Salud, después de sufrir una lesión traumática en la uña del 1º dedo del pie izquierdo, tras caerle una lata de conserva desde unos 2 metros de altura.

En la exploración, por parte del profesional de enfermería, el paciente presenta dolor, sangrado y desprendimiento parcial de la uña.

Se decide entonces avisar al profesional médico para que valore una posible fractura de la falange distal. Tras un exhaustivo examen y las pruebas pertinentes, se comprueba que no hay fractura y se decide, por parte de enfermería, la extracción total de la uña del paciente, para que no se vea limitada la realización de sus actividades diarias.

Plan de cuidados:

Patrones M. Gordon alterados:

Patrón 1. Percepción-Manejo de la salud: El paciente presenta dolor y sangrado.

Patrón 4. Actividad-Ejercicio: El paciente presenta limitaciones para la actividad de la vida diaria, no se puede poner los zapatos por que la uña desprendida le molesta.

Patrón 10. Adaptación-Tolerancia al estrés: El paciente se encuentra nervioso por el dolor de la herida y por el procedimiento que se le va a realizar.

Diagnósticos NANDA:

-00132 Dolor Agudo: Secundario al traumatismo, el paciente indica un 8 en una escala numérica del 1 al 10.

-00004 Riesgo de infección: La exposición de la herida tras la perdida de la uña.

-00146 Ansiedad: Relacionado con la cirugía que se le va a realizar.

Intervenciones NIC:

-5820 Disminución de la ansiedad: Se explica el procedimiento al paciente y se le tranquiliza al decirle que no tendrá dolor en ningún momento porque se utilizará anestesia local.

-3660 Cuidados de las heridas: Se procede a realizar el lavado de la herida con sf y posteriormente se aplica povidona yodada.

-2840 Administración de la anestesia: Se realiza un bloqueo del primer dedo del pie izquierdo con 2ml de una ampolla de 10 ml de mepivacaina al 2%.

-2900 Asistencia quirúrgica: Con un porta-agujas de 12cms en la mano derecha en eversión, realizamos un movimiento de rotación según las agujas del reloj, logrando el desprendimiento total de la uña.

Resultados NOC:

-2102 Nivel del dolor: Tras la aplicación de la anestesia troncular, el paciente no refiere dolor, también se pauta metamizol cada 8 horas durante 3 días, si presentara dolor.

-2100 Nivel de comodidad: El paciente se encuentra mejor tras la extracción de la totalidad de la uña, va a permitirle la realización de sus actividades diarias.

-1211 Nivel de ansiedad: Tras la intervención quirúrgica el paciente no presenta ansiedad.

Discusión y conclusiones:

Esta técnica es una alternativa segura y efectiva en pacientes con lesiones traumáticas que precisen tratamiento inmediato. Este caso clínico demuestra que la técnica puede realizarse con éxito en un entorno ambulatorio, sin necesidad de derivar al paciente al ámbito hospitalario y tanto el procedimiento como la recuperación será más rápido.

Bibliografía

1.- F. Herrera Rodríguez. Un capítulo de la enfermería “ la cirugía menor “ en la España del siglo XIX. Cultura de los cuidados 2000; Año IV (7 y 8): 18-26.

2.- P. Martínez Núñez, E. Ruiz Alonso, J.A. Maya González, M. Pérez González. Traumatismo Ungueal, ¿Qué es? Y ¿Cómo tratarlo?. Medicina de Familia Semergen. Volume 46, Issue 2, March 2020, Pages 140-144.

3.- E. Duhard-Brohan. Cirugía Ungueal. EMC Podología. Volume 11, Issue 2, 2009, Pages 1-14.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 38

Caso Clínico: Donación en Asistolia Controlada con ECMO–MÓVIL (Maastrich III).

Sanchez García, Raúl
Ruiz Torija, Laura
Rivero Merino, Irene
Tapiador Aceñero, María Teresa
García del Castillo Muñoz, Sandra
Aguirre Romero, Ana Belén

CASO CLÍNICO: DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA CON ECMO-MÓVIL (MAASTRICHT III)

Autores: Sánchez García R, Ruiz Torija L, Rivero Merino I, Tapiador Aceñero MT, García del Castillo Muñoz S, Aguirre Romero AB.

INTRODUCCIÓN

La donación en asistolia (DA), iniciativa determinante para la expansión del trasplante, ha crecido un 38% con respecto a 2021. El 42% de los donantes en España lo son en asistolia. Además, este tipo de donación ha pasado de ser exclusivamente renal a transformarse en multiorgánica, gracias a la generalización de un innovador procedimiento de preservación basado en dispositivos de circulación extracorpórea (ECMO).
La DA o donación a partir de personas cuyo fallecimiento ha sido diagnosticado por criterios circulatorios y/o respiratorios se ha identificado como una solución ante la escasez relativa de donantes y órganos para satisfacer las necesidades crecientes de trasplante.
Según la clasificación de Maastricht (Madrid 2011), la DA se divide en donación en asistolia no controlada (DANC): Maastricht I (fallecido a la llegada), Maastricht II (resucitación infructuosa) y donación en asistolia controlada (DAC): Maastricht III (a la espera del paro cardiaco) y Maastricht IV (paro cardiaco en muerte encefálica).
Maastricht III, incluye a pacientes a los que se aplica limitación del tratamiento del soporte vital (LTSV) tras el acuerdo entre el equipo sanitario y éste con la familia o representantes legales del enfermo.
El profesional de enfermería por la cercana relación que tiene con el paciente y sus familiares al otorgar cuidados de enfermería las veinticuatro horas del día, juega un importante papel en el contexto de donación de órganos, ya que posee los conocimientos, experiencia clínica y habilidad en la gestión en los servicios que le permiten organizar, colaborar y desarrollar actividades específicas.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Varón de 63 años de edad diagnosticado de TCE grave, como antecedentes personales hipertensión en tratamiento (HTA), síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) y enfermedad por reflujo gastroesofágico. Su situación basal es independiente para las actividades de la vida diaria (IAVD)
La primera asistencia médica describe Glasgow (GCS) de 7, se decide intubación orotraqueal (IOT) y conexión a ventilación mecánica (VM) con fijación cervical, durante el traslado en helicóptero se describe GCS de 3 puntos, anisocoria y bradicardia. A la llegada al Hospital de referencia con escasa respuesta pupilar tras administración de suero hipertónico y sedación profunda. Se realiza TC craneal, objetivando hematoma subdural extenso frontoparietal derecho y hemorragia subaracnoidea. Se realiza craniectomía descompresiva, tras la cirugía ingresa en unidad de cuidados intensivos (UCI) con presiones intracraneales (PIC) de 40 mmHg. Se informa a la familia de la mala situación clínica del paciente, ésta decide no realizar medidas agresivas y ofrecen en el caso de su fallecimiento la posibilidad de donación de órganos.
Tras varios días de ingreso en UCI sufre un empeoramiento irreversible de su situación, se realizan las pruebas para el diagnóstico de muerte encefálica siendo negativas en varias ocasiones; el coordinador de trasplantes contacta con la ONT para plantear la donación en asistolia; por lo que se cambia el plan de cuidados y se activa el protocolo de donación orientado al mantenimiento de los órganos vitales.
Como el hospital no cuenta con soporte de ECMO, la coordinación junto con la ONT activa el equipo de ECMO móvil procedente de Toledo para la realización de DA controlada (Maastricht III). Según protocolo la familia firma el consentimiento junto con el juzgado de guardia.
La familia permaneció en todo momento junto al paciente, hasta el traslado a quirófano donde el equipo de Toledo realizó la canulación. A continuación, se llevó a cabo LTSV, tras certificar la defunción por asistolia de 5 minutos se conectó a ECMO móvil, y se inició la perfusión regional normotérmica (PRN)

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS.

Evaluación del paciente siguiendo los patrones funcionales de Marjory Gordon.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	NOC INDICADORES	NIC INTERVENCIONES
00004 Riesgo de infección (r/c procedimientos invasivos).	1924 Control del riesgo: proceso infeccioso.	6540 Control de infecciones
00108 Déficit de autocuidado: baño (r/c deterioro cognitivo m/p incapacidad para asearse por sí mismo).	0305 Autocuidados: Higiene	1610 Baño 1710 Mantenimiento de la salud bucal 1650 Cuidados de los ojos.
00025 Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos	0601 Equilibrio hídrico.	4120 Manejo de líquidos.
000195 Riesgo de desequilibrio electrolítico (r/c riesgo de hipernatremia, hipopotasemia, hipomagnesemia, hipofosfatemia e hipocalcemia y de acidosis metabólica secundarios a TCE grave).	0606 Equilibrio electrolítico.	2000 Manejo de electrólitos.
00016 Deterioro de la eliminación urinaria (r/c déficit neurológico m/p pérdida control esfínteres, incontinencia).	0504 Función renal	1876 Cuidados catéter urinario
00239 Riesgo de deterioro de la función cardiovascular (r/c mala perfusión periférica y central secundaria a TCE grave).	0400 Efectividad de la bomba cardíaca.	4210 Monitorización hemodinámica invasiva.
00032 Patrón respiratorio ineficaz (r/c disminución del nivel de consciencia m/p disminución de Glasgow).	0415 Estado respiratorio.	3350 Monitorización respiratoria. 3300 Manejo de la ventilación mecánica: invasiva.
00201 Riesgo de perfusión tisular ineficaz (r/c situación de TCE grave).	0909 Estado neurológico.	2620 Monitorización neurológica.
00172 Riesgo de duelo complicado (r/c muerte inesperada de un ser querido).	1304 Resolución de la aflicción	6260 Obtención de órganos 7140 Apoyo a la familia.
00004 Riesgo de infección (r/c canulación para la terapia ECMO).	0703 Estado infeccioso	0802 Estado de signos vitales
00206 Riesgo de sangrado (r/c técnicas invasivas realizadas e inserciones).	1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	6650 Vigilancia







DISCUSIÓN

Si bien la donación en asistolia se está convirtiendo en una gran herramienta por sus resultados beneficiosos para el receptor, para poder llevarla a cabo es necesario personal entrenado y con experiencia para evitar posibles complicaciones durante el proceso.
Si la coordinación y la actuación no es adecuada puede suponer la pérdida del donante o la pérdida de la viabilidad de los órganos, por lo que es necesaria una coordinación y actuación adecuada, que se sustenta en la formación, en la práctica y en la investigación.

CONCLUSIÓN

-Gracias a este tipo de donación, en la que el paciente no llegó a realizar muerte encefálica, 5 familias obtuvieron una nueva oportunidad de vida.
-El papel de enfermería de cuidados intensivos es de vital importancia en el proceso de donación por el acompañamiento familiar y también para el cuidado del posible donante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abradelo de Usera M, Blasi Ibáñez A, Fundora Suárez Y, Fondevila Campo C, Gómez Gutiérrez M, Sánchez Turrión V. Protocolo nacional de donación y trasplante hepático en donación en asistolia controlada. ONT [Internet]. 2015 [cited 2015 Dec 31]: Available from: http://www.ont.es/infesp/DocumentosDeConsenso/PROTOCOLO NACIONAL DE DONACIONN Y TRASPLANTE HEPÁTICO EN DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA_Agosto 2015 FINAL.pdf

2. Hermosilla González Pía Andrea, Rocha Ortiz Susana, Rodríguez Vidal Magali. Cuidados de enfermería en las etapas del proceso donación-trasplante en chile, aplicado a un caso clínico. Enferm Nefrol [Internet]. 2012 Sep [citado 2023 Jun 08] ; 15(3): 211-217. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842012000300009&lng=es. https://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842012000300009.

3. Alonso Garcia MA. Plan de cuidados de sobre la donación de órganos en muerte encefálica. Castellón de la Plana. Universitat Jaume I . (2017).

Resumen: Varón de 63 años con diagnóstico de TCE grave, tras varios días de ingreso en UCI sufre un empeoramiento irreversible de su situación, se realizan las pruebas para el diagnóstico de muerte encefálica siendo negativas en varias ocasiones; el coordinador de trasplantes contacta con la ONT para plantear la donación en asistolia. Como el hospital no cuenta con soporte de ECMO, la coordinación junto con la ONT activa el equipo de ECMO móvil procedente de Toledo para la realización de DA controlada (Maastricht III).

Palabras Clave: Critical care nursing, Ecmo, Tissue and organ procurement.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La donación en asistolia (DA), iniciativa determinante para la expansión del trasplante, ha crecido un 38% con respecto a 2021. El 42% de los donantes en España lo son en asistolia. Además, este tipo de donación ha pasado de ser exclusivamente renal a transformarse en multiorgánica, gracias a la generalización de un innovador procedimiento de preservación basado en dispositivos de circulación extracorpórea (ECMO).

La DA o donación a partir de personas cuyo fallecimiento ha sido diagnosticado por criterios circulatorios y/o respiratorios se ha identificado como una solución ante la escasez relativa de donantes y órganos para satisfacer las necesidades crecientes de trasplante.

Según la clasificación de Maastricht (Madrid 2011), Maastricht III (a la espera de paro cardiaco) incluye a pacientes a los que se aplica limitación del tratamiento del soporte vital (LTSV) tras el acuerdo entre el equipo sanitario y éste con la familia o representantes legales del enfermo.

El profesional de enfermería por la cercana relación que tiene con el paciente y sus familiares al otorgar cuidados de enfermería las veinticuatro horas del día juega un importante papel en el contexto de donación de órganos, ya que posee los conocimientos, experiencia clínica y habilidad en la gestión en los servicios que le permiten organizar, colaborar y desarrollar actividades específicas.

Observación Clínica:

Varón de 63 años de edad diagnosticado de TCE grave, como antecedentes personales hipertensión en tratamiento (HTA), síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) y enfermedad por reflujo gastroesofágico. Su situación basal es independiente para las actividades de la vida diaria (IAVD)

La primera asistencia médica describe Glasgow (GCS) de 7, se decide intubación orotraqueal (IOT) y conexión a ventilación mecánica (VM) con fijación cervical, durante el traslado en helicóptero se describe GCS de 3 puntos, anisocoria y bradicardia. A la llegada al Hospital de referencia con escasa respuesta pupilar tras administración de suero hipertónico y sedación profunda. Se realiza TC craneal, objetivando hematoma subdural extenso frontoparietal derecho y hemorragia subaracnoidea. Se realiza craniectomía descompresiva, tras la cirugía ingresa en unidad de cuidados intensivos (UCI) con presiones intracraneales (PIC) de 40 mmHg. Se informa a la familia de la

mala situación clínica del paciente, esta decide no realizar medidas agresivas y ofrecen en el caso de su fallecimiento la posibilidad de donación de órganos.

Tras varios días de ingreso en UCI sufre un empeoramiento irreversible de su situación, se realizan las pruebas para el diagnóstico de muerte encefálica siendo negativas en varias ocasiones; el coordinador de trasplantes contacta con la ONT para plantear la donación en asistolia, por lo que se activa el equipo de ECMO móvil procedente de Toledo para la realización de DA controlada (Maastricht III). Según protocolo la familia firma el consentimiento junto con el juzgado de guardia.

La familia permaneció en todo momento junto al paciente, hasta el traslado a quirófano donde el equipo de Toledo realizó la canulación. A continuación, se llevó a cabo LTSV, tras certificar la defunción por asistolia de 5 minutos se conectó a ECMO móvil, y se inició la perfusión regional normotérmica (PRN)

Plan de cuidados:

Evaluación del paciente siguiendo los patrones funcionales de Marjory Gordon.

1. NANDA: 00004 Riesgo de infección.

• NOC:

o 1924 Control del riesgo: proceso infeccioso.

• NIC:

o 6540 Control de infecciones

2. NANDA: 00108 Déficit de autocuidado: baño.

• NOC:

o 0305 Autocuidados: Higiene.

• NIC:

o 1610 Baño.

o 1710 Mantenimiento de la salud bucal.

o 1650 Cuidados de los ojos.

3. NANDA: 00025 Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos.

• NOC:

o 0601 Equilibrio hídrico.

• NIC:

o 4120 Manejo de líquidos.

4. NANDA: 000195 Riesgo de desequilibrio electrolítico.

• NOC:

o 0606 Equilibrio electrolítico.

• NIC:

o 2000 Manejo de electrólitos.

5. NANDA: 00016 Deterioro de la eliminación urinaria.

• NOC:

o 0504 Función renal.

• NIC:

o 1876 Cuidados catéter urinario.

6. NANDA: 00239 Riesgo de deterioro de la función cardiovascular.

• NOC:

o 0400 Efectividad de la bomba cardíaca.

• NIC:

o 4210 Monitorización hemodinámica invasiva.

7. NANDA: 00032 Patrón respiratorio ineficaz.

• NOC:

o 0415 Estado respiratorio.

• NIC:

o 3350 Monitorización respiratoria. 3300 Manejo de la ventilación mecánica: invasiva.

8. NANDA: 00201 Riesgo de perfusión tisular ineficaz.

• NOC:

o 0909 Estado neurológico.

• NIC:

o 2620 Monitorización neurológica.

9. NANDA: 00172 Riesgo de duelo complicado.

• NOC:

o 1304 Resolución de la aflicción.

• NIC:

o 6260 Obtención de órganos.

o 7140 Apoyo a la familia.

10. NANDA: 00206 Riesgo de sangrado.

• NOC:

o 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

• NIC:

o 6650 Vigilancia.

Discusión y conclusiones:

Esta técnica es una alternativa segura y efectiva en pacientes con lesiones traumáticas que precisen tratamiento inmediato. Este caso clínico demuestra que la técnica puede realizarse con éxito en un entorno ambulatorio, sin necesidad de derivar al paciente al ámbito hospitalario y tanto el procedimiento como la recuperación será más rápido.

Bibliografía

1.- F. Herrera Rodríguez. Un capítulo de la enfermería " la cirugía menor " en la España del siglo XIX. Cultura de los cuidados 2000; Año IV (7 y 8): 18-26.

2.- P. Martínez Núñez, E. Ruiz Alonso, J.A. Maya González, M. Pérez González. Traumatismo Ungueal, ¿Qué es? Y ¿Cómo tratarlo?. Medicina de Familia Semergen. Volume 46, Issue 2, March 2020, Pages 140-144.

3.- E. Duhard-Brohan. Cirugía Ungueal. EMC Podología. Volume 11, Issue 2, 2009, Pages 1-14.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 39

Caso Clínico: Enfermedad Penfigoide en Paciente de UCI

Granados Navas, Mª Paz
Arroyo Ruiz, Mª Esther
Cabañas Carretero, Mª Mar
Barranquero Saavedra, Miriam
Rayo Gutiérrez, Laura
Barrera Moreno, Cristina

CASO CLÍNICO: ENFERMEDAD PENFIGOIDE EN PACIENTE DE UCI

Autores: Granados Navas, Mª Paz; Arroyo Ruiz, Mª Esther; Cabañas Carretero, Mª Mar; Barranquero Saavedra, Miriam; Rayo Gutierrez, Laura; Barrera Moreno, Cristina.

INTRODUCCION

El penfigoide ampolloso (PA) es una enfermedad subepitelial autoinmune poco común. Se presenta cuando el sistema inmunitario del cuerpo ataca y destruye tejido corporal por error. El sistema inmunitario ataca específicamente las proteínas que adhieren la capa superior de la piel (epidermis) con la capa interna. Se presenta con mayor frecuencia en adultos mayores y se caracteriza por la presencia de ampollas cutáneas que pueden afectar la mucosa. En algunas ocasiones, esta afección es detonada por un medicamento.
El pronóstico es variable y suele seguir un curso crónico y recurrente.

OBSERVACION CLÍNICA

Paciente de 82 años que ingresa en UCI del Hospital Santa Bárbara desde Urgencias por dolor e inflamación en la cara interna del muslo izquierdo con zonas de necrosis cutánea con aspecto de trombosis superficial y flictenas. De rodilla para abajo no hay flictenas. Trastornos tróficos crónicos de la piel.
Antecedentes personales: Hipertensión Arterial, ACFA permanente (en tratamiento con Pradaxa), Valvulopatía mitral degenerativa con MI moderada, dilatación biauricular, episodios previos de inflamación y celulitis en cara interna de muslo derecho (ingreso previo en Hospital de Zaragoza).
A su llegada al servicio se encuentra consciente, orientado, constantes estables, oligúrico.
Se avisa a Traumatología y Cirugía para valoración. Se realiza TAC abdomino-pélvico de control que desciende a extremidades inferiores sin hallazgos patológicos y se inicia reanimación volumétrica, noradrenalina, antibioterapia (meronem, linezolid, doxicilina) y terapia de depuración renal extracorpórea (hemodiafiltración).
Tras realización de biopsia por el servicio de Dermatología el diagnóstico es: Penfigoide ampolloso paucicelular; Epidermólisis ampollosa; Además presenta Shock séptico y FMO (Fallo multiorgánico): Hemodinámico, renal, hepático, coagulopatía; Celulitis filiada.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA







NANDA	NOC	NIC
00004 riesgo de infección	1902 control del riesgo 1608 control de los síntomas	6540 control de infecciones. 6550 protección contra la infección
00132 dolor agudo	1605 control del dolor. 2102 nivel del dolor. 2109 nivel de malestar.	0840 cambios de posición 1400 manejo del dolor 2210 administración de analgésicos
00047 riesgo de deterioro de la integridad cutánea	1101 integridad tisular: piel y membranas mucosas 1902 control del riesgo	3590 vigilancia de la piel 3540 prevención de las ulceras por presión
00032 deterioro de la respiración espontánea	0802 signos vitales. 0403 estado respiratorio: ventilación	3140 manejo de las vías aéreas. 3320 oxigenoterapia. 3390 ayuda a la ventilación.
00002 desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades	1008 estado nutricional: ingestión alimentaría y de líquidos.	1056 alimentación enteral por sonda. 1200 administración de nutrición parenteral total (NPT).
00198 trastorno del patrón del sueño	0003 descanso 0004 sueño	5820 disminución de la ansiedad 6482 manejo ambiental: confort







DISCUSIÓN

El penfigoide ampolloso es una enfermedad autoinmune caracterizada por la aparición de lesiones ampollosas subepidérmicas.
El inicio de las lesiones es polimorfo, pudiendo aparecer máculas o placas urticariformes sobre las que posteriormente se asientan ampollas de 1-3 cm de diámetro, de contenido claro o sanguinolento, tensas y pruriginosas. Las localizaciones más típicas son parte baja del abdomen, axilas, ingles y superficies flexoras de las extremidades. Los pacientes con PA generalizado requieren de terapia sistémica. Los efectos inmunomoduladores de los corticosteroides usualmente conducen a una rápida supresión de la formación de ampollas. A pesar de su introducción de forma sistémica, la mortalidad del PA no se ha mejorado.

CONCLUSIONES

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 manteniendo las heridas limpias, eliminando el tejido desvitalizado y con un buen ambiente de hidratación, facilitando la cicatrización de heridas y evaluando si las intervenciones y actividades tienen un impacto positivo durante todo el proceso.
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.

Resumen: El penfigoide ampolloso (PA) es una enfermedad subepitelial autoinmune poco común. Se presenta con mayor frecuencia en adultos mayores y se caracteriza por la presencia de ampollas cutáneas que pueden afectar la mucosa.

Las localizaciones más típicas son parte baja del abdomen, axilas, ingles y superficies flexoras de las extremidades. Los pacientes con PA generalizado requieren de terapia sistémica.

El pronóstico es variable y suele seguir un curso crónico y recurrente

Palabras Clave: Penfigoide ampolloso (PA), Cuidados enfermería, Piel

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El penfigoide ampolloso (PA) es una enfermedad subepitelial autoinmune poco común. Se presenta cuando el sistema inmunitario del cuerpo ataca y destruye tejido corporal por error. El sistema inmunitario ataca específicamente las proteínas que adhieren la capa superior de la piel (epidermis) con la capa interna. Se presenta con mayor frecuencia en adultos mayores y se caracteriza por la presencia de ampollas cutáneas que pueden afectar la mucosa. En algunas ocasiones, esta afección es detonada por un medicamento.

El pronóstico es variable y suele seguir un curso crónico y recurrente.

Observación Clínica:

Paciente de 82 años que ingresa en UCI del Hospital Santa Bárbara desde Urgencias por dolor e inflamación en la cara interna del muslo izquierdo con zonas de necrosis cutánea con aspecto de trombosis superficial y flictenas. De rodilla para abajo no hay flictenas. Trastornos tróficos crónicos de la piel.

Antecedentes personales: Hipertensión Arterial, ACFA permanente (en tratamiento con Pradaxa), Valvulopatía mitral degenerativa con MI moderada, dilatación biauricular, episodios previos de inflamación y celulitis en cara interna de muslo derecho (ingreso previo en Hospital de Zaragoza).

A su llegada al servicio se encuentra consciente, orientado, constantes estables, oligúrico.

Se avisa a Traumatología y Cirugía para valoración. Se realiza TAC abdomino-pélvico de control que desciende a extremidades inferiores sin hallazgos patológicos y se inicia reanimación volumétrica, noradrenalina, antibioterapia (meronem, linezolid, doxicilina) y terapia de depuración renal extracorpórea (hemodiafiltración).

Tras realización de biopsia por el servicio de Dermatología el diagnóstico es: Penfigoide ampolloso paucicelular; Epidermólisis ampollosa; Además presenta Shock séptico y FMO (Fallo multiorgánico): Hemodinámico, renal, hepático, coagulopatía; Celulitis filiada.

Plan de cuidado Enfermería:

NANDA.-

00004 riesgo de infección

NOC.-

1902 control del riesgo

1608 control de los síntomas

NIC.-

6540 control de infecciones.

6550 protección contra la infección

NANDA.-

00132 dolor agudo

NOC.-

1605 control del dolor.

2102 nivel del dolor.

2109 nivel de malestar.

NIC.-

0840 cambios de posición

1400 manejo del dolor

2210 administración de analgésicos

NANDA.-

00047 riesgo de deterioro de la integridad cutánea

NOC.-

1101 integridad tisular: piel y membranas mucosas

1902 control del riesgo

NIC.-

3590 vigilancia de la piel

3540 prevención de las ulceras por presión

NANDA.-

00032 deterioro de la respiración espontánea

NOC.-

0802 signos vitales.

0403 estado respiratorio: ventilación

NIC.-

3140 manejo de las vías aéreas.

3320 oxigenoterapia.

3390 ayuda a la ventilación.

NANDA.-

00002 desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades

NOC.-

1008 estado nutricional: ingestión alimentaría y de líquidos.

NIC.-

1056 alimentación enteral por sonda.

1200 administración de nutrición parenteral total (NPT).

NANDA.-

00198 trastorno del patrón del sueño

NOC.-

0003 descanso

0004 sueño

NIC.-

5820 disminución de la ansiedad

6482 manejo ambiental: confort

Discusión:

El penfigoide ampolloso es una enfermedad autoinmune caracterizada por la aparición de lesiones ampollosas subepidérmicas.

El inicio de las lesiones es polimorfo, pudiendo aparecer máculas o placas urticariformes sobre las que posteriormente se asientan ampollas de 1-3 cm de diámetro, de contenido claro o sanguinolento, tensas y pruriginosas. Las localizaciones más típicas son parte baja del abdomen, axilas, ingles y superficies flexoras de las extremidades. Los pacientes con PA generalizado requieren de terapia sistémica. Los efectos inmunomoduladores de los corticosteroides usualmente conducen a una rápida supresión de la formación de ampollas. A pesar de su introducción de forma sistémica, la mortalidad del PA no se ha mejorado.

Conclusión:

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 manteniendo las heridas limpias, eliminando el tejido desvitalizado y con un buen ambiente de hidratación, facilitando la cicatrización de heridas y evaluando si las intervenciones y actividades tienen un impacto positivo durante todo el proceso.

El desarrollo del lenguaje estandarizado NANDA-NOC-NIC en el caso clínico presentado nos permitió organizar metodológicamente el trabajo enfermero, facilitando el registro y normalizando la práctica.

Bibliografía

1.- Pulido Pérez A, Suarez Fernandez R. Enfermedades bullosas. Medicine- programa de Formación Médica Continuada Acreditada [Internet]. 2014 [citado 14 de enero de 2016];11(47);2774-82. Disponible en : http://linkinghub. Elsevier.com/retrieve/pii/S03045412214706961.

2.- Fueyo Casado A, González M.L, López Bran E. Dermatosis ampollares. Bullous dermatoes. Medicine- Programa de Formación Médica Continuada Acreditado[Internet].2018[citado Febrero 2018] volumen 12,Issure 48, pages 2838-2845.Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.med.2018.01.008. Elsevier.com.

3.- Revuelta Monje L A, Ruiz Rojas D R, Guerra Villarpando D, Bravo Polanco E. Epidermólisis Bullosa. Presentación de un caso. [Internet]. Medisur vol.14 no.6 Cienfuegos nov.-dic. 2016.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 40

Caso Clínico: Hernioplastia Complicada

Muñoz Pinilla, Julia
Ocaña Galindo, María
Muñoz Sánchez, Gloria

CASO CLÍNICO: HERNIOPLASTIA COMPLICADA

Muñoz Pinilla, Julia; Ocaña Galindo, María; Muñoz Sánchez, Gloria.



INTRODUCCIÓN

Se considera hernia gigante a la salida del contenido intraabdominal al saco herniario. La cirugía para su tratamiento está asociada a una alta comorbilidad.
La técnica de neumoperitoneo progresivo preoperatorio (NPP) permite una reparación adecuada debido al aumento progresivo del volumen de la cavidad abdominal y la reintroducción visceral herniada, haciendo más fisiológica la adaptación del paciente y la cavidad abdominal, disminuyendo las complicaciones postoperatorias.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

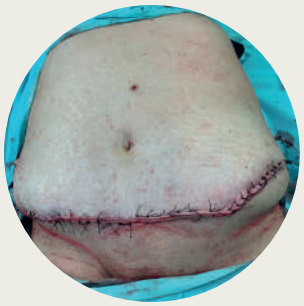
Paciente de 60 años que ingresa en nuestro servicio de Cirugía para NPP y posterior eventroplastia. Con antecedentes de hipertensión, diabetes mellitus, e hipercolesterolemia.
La paciente presenta eventración desde el postoperatorio inmediato de cesárea que ha ido creciendo con el paso de los años.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

NANDA	NOC	NIC
Conocimiento deficiente (00126) r/c interpretación errónea de la información m/p verbalización del problema.	Conocimiento: procedimientos terapéuticos (1814). Indicadores: • Descripción del procedimiento terapéutico. • Explicación del propósito del procedimiento.	Enseñanza: prequirúrgica (5610). Actividades: • Evaluar la ansiedad del paciente relacionada con la cirugía. • Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes. • Enseñar al paciente cómo puede ayudar en la recuperación.
Deterioro de la integridad tisular (00044) r/c herida quirúrgica.	Curación de la herida por primera intención (1102). Indicadores: • Aproximación de los bordes de la herida	Cuidados del sitio de incisión (3440). Actividades: • Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración. • Limpiar la zona que rodea la incisión con un antiséptico adecuado. • Aplicar un apósito adecuado en el sitio de incisión y cambiarlo a intervalos adecuados.
Dolor agudo (00132) r/c herida quirúrgica.	Control del dolor (1605).Indicadores: • Reconoce factores causales. • Utiliza los signos de alerta para pedir ayuda.	Manejo del dolor (1400). Actividades: • Realizar una valoración exhaustiva que incluya localización, características, aparición, frecuencia, calidad, intensidad, severidad, y factores desencadenantes. Administración de analgésicos (2210). Actividades: • Comprobar historial de alergias a medicamentos. Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, frecuencia y dosis del analgésico prescrito.









DISCUSION

Al ingreso se le inserta un catéter percutáneo de 8,5F en línea media supraumbilical para realizar NPP. Se inicia la insuflación con 960 cc de aire, con regular tolerancia y dolor en hombro derecho que cede con analgesia. Se aumenta progresivamente hasta 9000cc durante 15 días con buena tolerancia. A los 15dias se realiza eventroplastia tipo TAR (transversus abdominis realease). Postoperatorio inmediato con buen control del dolor, anemia que remite con tratamiento y dada de alta con 2 drenajes tras 23 días desde el ingreso.

CONCLUSIONES

La técnica NPP es un procedimiento seguro reduce la comorbilidad y complicaciones derivadas de la hipertensión abdominal.
Favorece la adaptación fisiológica del paciente y de la capacidad abdominal al reingreso de los órganos herniados.
Ayuda en el tratamiento quirúrgico al aumentar progresivamente la cavidad abdominal y la longitud de los músculos abdominales, permitiendo una buena recuperación y tolerancia del paciente.

Resumen: En las hernias se produce una migración de órganos abdominales hacia el saco herniario, su tratamiento quirúrgico representa un gran reto debido a la gran cantidad de comorbilidades potenciales y sobre todo en hernias gigantes. En este caso clínico que presentamos, la paciente presentaba una hernia abdominal gigante, en su intervención se utilizó la técnica de neumoperitoneo progresivo preoperatorio (NPP) consiguiéndose una mejor adaptación tanto fisiológica como sistémica, mejorando su evolución postoperatoria. Los cuidados enfermeros se basaron principalmente en el conocimiento del manejo del catéter, evaluar la ansiedad, resolver inquietudes, dudas, cuidados del sitio de incisión y manejo del dolor.

Palabras Clave: Hernia Gigante, Eventroplastia, Neumoperitoneo.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Se considera hernia gigante a la salida del contenido intraabdominal al saco herniario, cuyo volumen puede ser mayor que la cavidad abdominal. La cirugía para el tratamiento de estas hernias gigante, con pérdida de domicilio abdominal, supone un reto y precisa de una adecuada planificación dado que está asociada a una alta comorbilidad. Su reducción puede provocar alteraciones respiratorias y hemodinámicas por hipertensión abdominal incluso puede llegar a producirse un síndrome compartimental.

La técnica de NPP descrito por Goñi Moreno en 1940 permite una reparación quirúrgica adecuada ya que con ella se logra un aumento progresivo del volumen de la cavidad abdominal y la reintroducción visceral herniada haciendo que sea más fisiológica la adaptación del paciente y de la cavidad abdominal, por otra parte, disminuye las complicaciones del postoperatorio inmediato y es bien tolerada por el paciente.

Observación Clínica:

Estudio mediante seguimiento de una paciente de 60 años que ingresa en nuestro servicio de Cirugía de forma programada para la colocación de catéter para NPP y posterior eventroplastia. Con antecedentes de hipertensión, diabetes mellitus, e hipercolesterolemia. Intervenida de histerectomía + doble anexectomía.

La paciente presenta eventración desde el postoperatorio inmediato de cesárea que ha ido creciendo con el paso de los años.

Plan de cuidados de enfermero:

NANDA:

• Conocimiento deficiente (00126) r/c interpretación errónea de la información m/p verbalización del problema:

NOC: Conocimiento: Procedimientos terapéuticos (1814) Indicadores: Descripción del procedimiento terapéutico, explicación del propósito del procedimiento.

NIC: Enseñanza: Prequirúrgica (5610). Actividades: Evaluar la ansiedad de la paciente relacionada con la cirugía, dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes, enseñar al paciente cómo puede ayudar en la recuperación.

• Deterioro de la integridad tisular (00044) r/c herida quirúrgica.

NOC: Curación de la herida por primera intención (1102). Indicadores: aproximación de los bordes de la herida.

NIC: Cuidados del sitio de incisión (3440). Actividades: Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración, aplicar un apósito adecuado en el sitio de incisión y cambiarlo a intervalos adecuados.

• Dolor agudo (00132) r/c herida quirúrgica.

NOC: Control del Dolor (1605). Indicadores: Reconoce factores causales, utiliza los signos de alerta para pedir ayuda.

NIC: Manejo del dolor (1400). Actividades: Realizar una valoración exhaustiva que incluya localización, características, aparición, frecuencia, calidad, intensidad, severidad, y factores desencadenantes.

Administración de analgésicos (2210). Actividades: Comprobar historial de alergias a medicamentos, comprobar las órdenes medicas en cuanto al medicamento, frecuencia y dosis del analgésico prescrito.

Discusión:

El día del ingreso se le inserta un catéter percutáneo de 8,5F en línea media en región supraumbilical para realizar NPP previa a cirugía, por parte de radiología intervencionista. Se inicia la insuflación con 960 cc de aire, con regular tolerancia, refiere dolor en hombro derecho que cede con analgesia, se va aumentado de forma progresiva hasta alcanzar 9000cc durante 15 días con buena tolerancia. A los 15dias se realiza eventroplastia tipo TAR (transversus abdominis realease). Postoperatorio inmediato con buen control del dolor, con presencia de anemia que remite con tratamiento y dada de alta con 2 drenajes tras 23 días desde el ingreso.

Conclusiones:

El La técnica del NPP es un procedimiento seguro que reduce la comorbilidad al disminuir las complicaciones derivadas de la hipertensión abdominal.

Favorece la adaptación fisiológica del paciente y de la capacidad abdominal al reingreso de los órganos abdominales herniados.

Es de gran ayuda en el tratamiento quirúrgico de hernias gigantes dado que al aumentar progresivamente la cavidad abdominal y la longitud de los músculos abdominales (rectos y oblicuos) permite una recuperación con mínima tensión y buena tolerancia para el paciente.

Bibliografía

1.- Cuenca Torres O, Ferreira R, Theys L, Martínez N, González E, Pérez R. Aplicación del neumoperitoneo progresivo preoperatorio en las afecciones parietales complejas. An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción) [Internet]. 2013 Dec [cited 2022 Mar 26] ; 46(2): 35-44. Available from: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1816-89492013000200004&lng=en.

2.- María Clara López Sanclemente, Joaquim Robres, Manuel López Cano, Joan Barri, Roberto Lozoya, Sergio López, M. Angeles Vasco, M. Carmen Buqueras, Helena Subirana, Rosa Jorba. Neumoperitoneo preoperatorio progresivo en pacientes con hernias gigantes de la pared abdominal, Cirugía Española, Volume 91, Issue 7, 2013, Pages 444-449, ISSN 0009-739X, https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2012.08.004. (https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009739X12003181).

3.- Flores Rocha Juan José, Cruz Álvarez Luis Daniel de la, Reyes García Ana Cecilia, Balderrama Almaguer Sergio Carlos. Neumoperitoneo progresivo preoperatorio en hernias de pared abdominal. Cir. gen [revista en la Internet]. 2019 Jun [citado 2022 Mar 26] ; 41(2): 92-97. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992019000200092&lng=es. Epub 09-Oct-2020.

4.- Mauri Pérez José Luis, Hidalgo Herrera Manuel, Hernández Cabezas Marilys, García Franco Vilma. Reparación de hernia inguinoescrotal gigante con realización preoperatoria de neumoperitoneo. Rev haban cienc méd [Internet]. 2013 Mar [citado 2022 Mar 25] ; 12(1): 114-120. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000100013&lng=es

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 41

Caso clínico: Radiodermitis en atención Primaria

Ocaña Galindo, María
Espadas Díaz-Salazar, José Manuel
Muñoz Pinilla, Julia

SATSE

CASO CLÍNICO: RADIODERMITIS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Ocaña Galindo, María; Espadas Díaz-Salazar, José Manuel; Muñoz Pinilla, Julia

INTRODUCCIÓN

La radiodermitis es una complicación de tipo inevitable que aparece en pacientes que han tenido una exposición a radiaciones ionizantes, siendo común en pacientes que están sometidos a tratamiento con radioterapia. Estas reacciones pueden aparecer de forma aguda (en las primeras 2-3 semanas de inicio de tratamiento con radioterapia) o tardías (aparecen después de meses de empezar con el tratamiento). Destacamos que la radiodermitis no es una quemadura y su valoración y tratamiento es diferente a ésta.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS

Diagnósticos NANDA	Resultados (NOC)	Intervenciones (NIC)
00046 Deterioro de la integridad cutánea r/c radioterapia	**Curación de la herida: por segunda intención (1103).** Indicadores: • Disminución del tamaño de la herida • Secreción purulenta • Secreción sanguinolenta • Eritema cutáneo circundante • Inflamación de la herida • Edema perilesional • Ampollas cutáneas • Piel macerada • Olor de la herida	**Cuidados de las heridas (3660).** Actividades de enfermería: • Administrar cuidados de la úlcera cutánea, si es necesario. • Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. • Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje. **Control de infecciones (6540).** Actividades de enfermería: • Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo se deben notificar al cuidador. • Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones **Manejo de la radioterapia (6600).** Actividades de enfermería: • Observar si se producen alteraciones en la integridad de la piel y tratarlas adecuadamente. • Controlar si hay efectos secundarios y efectos tóxicos del tratamiento.
00004 Riesgo de infección	**Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101).** Indicadores: • Integridad de la piel • Lesiones cutáneas • Descamación cutánea • Eritema	**Protección contra las infecciones (6550).** Actividades de enfermería: • Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. • Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en las zonas edematosas. • Inspeccionar la existencia de eritema, calor extremo, o exudados en la piel y las mucosas.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

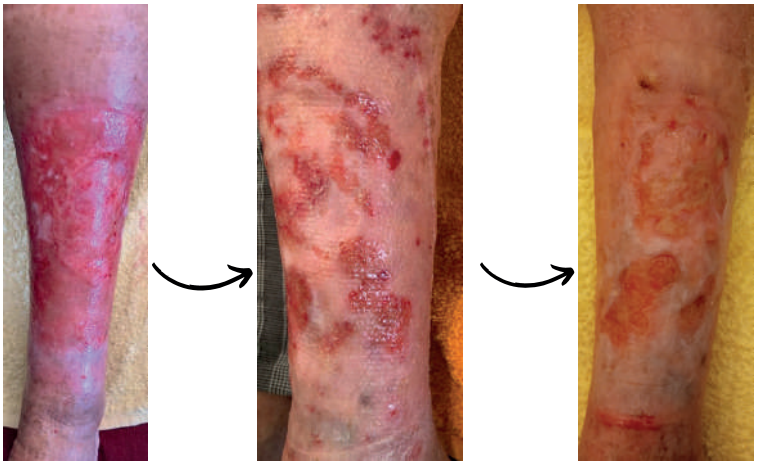
Paciente de 80 años de edad perteneciente a cupo de atención primaria con antecedentes de HTA, úlceras vasculares de tipo venoso, dislipemia. Está en tratamiento con radioterapia y a consecuencia de dicho tratamiento sufre una herida en miembro inferior izquierdo que se cataloga como radiodermitis que precisa seguimiento por parte de enfermería con curas en domicilio según se precise.

DISCUSIÓN

Primeramente se hace valoración de la herida en domicilio, se aprecia eritema generalizado, presencia de edema, aumento de la temperatura en la pierna afectada, observamos también una herida con un exudado muy abundante y se empiezan a realizar curas según evidencia.

En las primeras semanas: protección de zona perilesional con productos barrera, apósito de transferencia de exudado con plata para control de exudado, un apósito primario de fibra de hidrocoloide, y un apósito secundario con elevado nivel de absorción.

En las semanas siguientes se consigue una reducción de exudado, se realiza otra valoración integral, al presentar edema,se hace valoración de la paciente resultando positiva la presencia de pulsos, se coloca vendaje compresivo de tipo multicapa de 20 mmHg. Se sigue realizando cura en ambiente húmedo con crema barrera con zinc en zona perilesional, en el lecho de la herida con un apósito de fibra de hidrocoloide y añadiéndole el vendaje, después de dicha valoración se visualiza una evolución positiva y se continúa con esa pauta de curas.



CONCLUSIONES

Cuando tenemos un paciente que presenta una lesión hay que valorar de forma integral a todos nuestros pacientes, en este caso concreto hay que tener en cuenta que las radiodermitis no son quemaduras y se tratan de forma diferente, además de tener presente que hay productos de curas que no se pueden utilizar en pacientes con tratamiento de radioterapia. Tenemos que buscar unos objetivos para tratar las lesiones teniendo en cuenta la exposición continua a la radioterapia, seguir las prioridades según la evolución de la herida y teniendo en cuenta que las curas se realizan en domicilio.

Resumen: La radiodermitis es la alteración cutánea que es inevitable que se produce a consecuencia del tratamiento con radioterapia, este tipo de lesiones deben ser diferenciadas de las quemaduras y con distinto abordaje. Se presenta el caso de una paciente en atención primaria que presenta radiodermitis, como intervenciones se realizaron curas en domicilio según evidencia, considerando que los apósitos sean compatibles con la radioterapia. Se produce una evolución de la herida, con control del edema, cuidados de la piel perilesional, control del exudado y disminución del tamaño de la lesión.

Palabras Clave: Radiodermitis, Piel irradiada, Cuidados

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La radiodermitis es una complicación de tipo inevitable que aparece en pacientes que han tenido una exposición a radiaciones ionizantes, siendo común en pacientes que están sometidos a tratamiento con radioterapia. Estas reacciones pueden aparecer de forma aguda (en las primeras 2-3 semanas de inicio de tratamiento con radioterapia) o tardías (aparecen después de meses de empezar con el tratamiento). Destacamos que la radiodermitis no es una quemadura y su valoración y tratamiento es diferente a ésta.

Observación Clínica:

Paciente de 80 años de edad perteneciente a cupo de atención primaria con antecedentes de HTA, úlceras vasculares de tipo venoso, dislipemia. Está en tratamiento con radioterapia y a consecuencia de dicho tratamiento sufre una herida en miembro inferior izquierdo que se cataloga como radiodermitis que precisa seguimiento por parte de enfermería con curas en domicilio según se precise.

Plan de cuidados de enfermero:

Se realiza la valoración de la paciente, siguiendo sus antecedentes personales y situación persona y de la lesión, y se realiza el plan de cuidados enfermeros:

Diagnóstico NANDA:

- 00046 Deterioro de la integridad cutánea r/c radioterapia: es la alteración de la epidermis y/o de la dermis

Resultados NOC:

o Curación de la herida: por segunda intención (1103): Magnitud de regeneración de células y tejidos en una herida abierta. Indicadores:

o 110321 Disminución del tamaño de la herida

o 110303 Secreción purulenta

o 110304 Secreción sanguinolenta

o 110307 Eritema cutáneo circundante

o 110322 Inflamación de la herida

o 110308 Edema perilesional

o 110310 Ampollas cutáneas

o 110311 Piel macerada

o 110317 Olor de la herida

Intervenciones NIC:

- Cuidados de las heridas (3660): Prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de su curación.

Actividades de enfermería:

• Administrar cuidados de la úlcera cutánea, si es necesario.

• Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.

• Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje.

- Control de infecciones (6540): minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos.

Actividades de enfermería:

• Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo se deben notificar al cuidador.

• Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones

- Manejo de la radioterapia (6600): Ayudar al paciente y a la familia a comprender la acción y minimizar los efectos secundarios de los agentes antineoplásicos.

Actividades de enfermería:

• Observar si se producen alteraciones en la integridad de la piel y tratarlas adecuadamente.

• Controlar si hay efectos secundarios y efectos tóxicos del tratamiento.

Diagnóstico NANDA:

- 00004 Riesgo de infección: vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que pueden comprometer la salud

Resultado NOC:

o Integridad tisular: piel y membranas mucosas. (1101): Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas.

• 110113 Integridad de la piel

• 110115 Lesiones cutáneas

• 110119 Descamación cutánea

• 110121 Eritema

Intervenciones NIC:

- Protección contra las infecciones (6550): Prevención y detección precoces de la infección en pacientes de riesgo.

Actividades de enfermería:

o Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.

o Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en las zonas edematosas.

o Inspeccionar la existencia de eritema, calor extremo, o exudados en la piel y las mucosas.

Discusión:

Se hace una primera valoración de la herida en domicilio, se aprecia eritema generalizado, presencia de edema, aumento de la temperatura en la pierna afectada, observamos también una herida con un exudado muy abundante y se deciden realizar curas según evidencia científica y de tipo cura en ambiente húmedo.

En las primeras semanas se realiza cura con protección de zona perilesional con productos barrera, se utilizan apósitos de transferencia de exudado con plata para un control del abundante exudado, un apósito primario de fibra de hidrocoloide y un apósito secundario con elevado nivel de absorción, durante las primeras semanas los objetivos prioritarios es el control del exudado, protección de piel perilesional y que el tamaño de la herida no aumente.

En las semanas siguientes se consigue una reducción de exudado, se realiza otra valoración integral, al presentar edema en el MMII izquierdo se valora el uso de terapia compresiva de tipo multicapa, se hace valoración de la paciente resultando positiva la presencia de pulsos, se coloca vendaje compresivo de tipo multicapa de 20 mmHg. Se sigue realizando cura en ambiente húmedo con crema barrera con zinc en zona perilesional, en el lecho de la herida con fibra de hidrocoloide y añadiéndole el vendaje, después de dicha valoración se visualiza una evolución positiva y se continúa con esa pauta de curas.

Conclusiones:

Cuando tenemos un paciente que presenta una lesión hay que valorar de forma integral a todos nuestros pacientes, en este caso concreto hay que tener en cuenta que las radiodermitis no son quemaduras y se tratan de forma diferente, además de tener presente que hay productos de curas que no se pueden utilizar en pacientes con tratamiento de radioterapia. Tenemos que buscar unos objetivos para tratar las lesiones teniendo en cuenta la exposición continua a la radioterapia, seguir las prioridades según la evolución de la herida y teniendo en cuenta que las curas se realizan en domicilio.

Bibliografía

1. - Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real (GAI) Comisión de Cuidados de Enfermería Comité de Heridas. Colección de guías para el cuidado de las heridas. Heridas oncológicas. Radiodermitis-Heridas neoplásicas. Ciudad Real. 2022. URL: https://ulceras.net/publicaciones/onc.pdf.

2.- Abed S, Khoury C, Morand JJ. Radiodermatitis. EMC - Dermatol 2016;50:1–9. https://doi.org/10.1016/s1761-2896(16)80893-6.

3.- Company Palonés M, Palomar LF, Clausell CV, Zamora OJ, Escudero MM, Pastor OI, et al. Recomendaciones para los cuidados de la piel irradiada inducida 2022. https://doi.org/10.5281/ZENODO.6604659.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 42

Caso Clínico.Tratamiento de la Onicocriptosis en Atención Primaria.

Merlo Ormeño, Alicia

CASO CLÍNICO.TRATAMIENTO DE LA ONICOCRIPTOSIS EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Merlo Ormeño, Alicia

Centro de salud de Miguelturra (Ciudad Real)

INTRODUCCIÓN

La uña encarnada se define como el crecimiento del borde lateral de la uña dentro del tejido blando del pliegue ungueal, que produce una lesión dolorosa. Afecta, sobre todo, al primer dedo del pie.
Las posibles causas son: uso de zapatos mal adaptados, corte inadecuado de la uña (demasiado corto y con bordes convexos), cambios asociados a la edad, diabetes, hiperhidrosis, obesidad, posición inadecuada de los pies, neoplasias subungueales y traumatismos.
El tratamiento depende del estadio en que se encuentre la uña encarnada que incluye desde procedimientos conservadores hasta intervenciones de cirugía menor que pueden ser realizadas por el equipo de atención primaria en el centro de salud.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Mujer de 45 años con sobrepeso, sin otros antecedentes patológicos de interés, que presenta un cuadro clínico caracterizado por dolor e inflamación del primer dedo del pie derecho sin signos de infección de 6 meses de evolución, que tras la utilización de tratamiento conservador consistente en lavados con agua caliente durante 15 o 20 minutos, antisépticos tópicos y la colocación de algodón en el extremo subungueal afectado, no se observa resultado favorable evolucionando al empeoramiento causado por la penetración de los bordes laterales y el extremo distal de la lámina ungueal en el tejido blando periungueal, procediendo a la programación de tratamiento quirúrgico con exéresis total de la uña con anestesia trocular en el centro de salud.
Procedimiento: preparar la mesa quirúrgica, desinfectar con yodo, aplicar anestesia troncular con bupivacaína y colocar un torniquete en el extremo proximal del dedo. Se separó parcialmente la uña con una pinza mosquito (un tercio de la misma) y con movimientos de giro y ligera tracción de la porción de la matriz ungueal hasta su obtención total.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS

NANDA: Dolor agudo (00132) r/c intervención quirúrgica m/p informe verbal de dolor. Definición: experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a severa con un final anticipado o previsible de una duración menor de seis meses.
NOC: Control del dolor (1605).Indicadores:
. 160501. Reconoce factores causales.
. 160502. Reconoce el comienzo del dolor.
. 160509. Reconoce los síntomas asociados al dolor.
Dolor: efectos nocivos (2101).
Indicadores:
. 210110. Estado de ánimo alterado.
. 210113. Movilidad física alterada.
NIC: Manejo del dolor (1400).
Definición: alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.

Actividades:
. Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad.
. Observar claves no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.
. Instaurar y modificar las medidas de control del dolor en función de la respuesta del paciente.
. Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
. Proporcionar información acerca del dolor, tales como causas del dolor, tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.
. Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia.



DISCUSIÓN

La onicocriptosis genera gran molestia al paciente y según su estadio puede ser resuelta por el equipo de atención primaria. Se han establecido 4 estadios de la enfermedad: Estadio 1, consiste en la presencia de edema local, inflamación y dolor a la presión sobre el pliegue ungueal lateral. Estadio 2, empeoramiento de los signos previos con infección y supuración. Estadio 3, aparición de tejido de granulación con hipertrofia laminar. Estadio 4, evolución del estadio 1 con deformidad grave y crónica de la uña, ambos rodetes periungueales y rodete distal. Pueden realizarse cuatro tipos de técnicas quirúrgicas: Resección de la porción de la uña encarnada, avulsión parcial o lateral de la placa ungueal (un tercio o un cuarto del lado afectado), avulsión total de la uña, avulsión parcial con matricectomía, aunque hay evidencias de altas tasas de recidiva tras este procedimiento en 2-3 meses. Diferentes autores sugieren que una recidiva sea tratada mediante matricectomía quirúrgica total o con fenol, técnica que ha demostrado menor tasa de recurrencia sintomática a los 6 meses

CONCLUSIONES

La onicocriptosis es muy frecuente en la atención primaria, y puede ser resuelta en sus primeros estadios por el equipo evitando así la derivación al especialista, lo cual significa prolongar el proceso de inflamación y las molestias reflejadas en las limitaciones de sus actividades, salvo complicaciones o recidivas de la encarnación. Es además un procedimiento quirúrgico de bajo coste, ambulatorio y cómodo, permitiendo la rápida reintegración a sus labores habituales.

BIBLIOGRAFÍA

1.Dubón Peniche María del Carmen. Matricectomía: Caso de la CONAMED. Rdo. fac. Medicina. (Méx.) [revista en Internet]. junio de 2011 [citado el 20 de febrero de 2023]; 54(3): 55-59.
2.Dirección de enfermería. Unidad de docencia, calidad e investigación. Hospital Reina Sofía [Internet]. Córdoba: Junta de Andalucía; [citada 30 ene 2023]. Intervenciones. NANDA NIC NOC.
3.NNNConsult[Internet]. Barcelona: Elsevier; [actualizado 2021; citado 20 de feb de 2023].

Resumen: La onicocriptosis se define como el crecimiento del borde lateral de la uña dentro del tejido blando del pliege ungueal que produce una lesión dolorosa y limitante a los pacientes afectando sobre todo al primer dedo del pie con gran incidencia en atención primaria. Tiene una etiología multifactorial como el mal hábito higiénico, el inadecuado corte de la uña, zapatos mal adaptados, alteraciones anatómicas de los dedos o uñas, hiperhidrosis, obesidad, neoplasias subungueales, traumatismos, ect. Se han descrito cuatro estadios, siendo las indicaciones del tratamiento según las mismas. En el poster presento el caso clínico de una mujer de 45 años que sufre un cuadro de onicocriptosis de 6 meses de evolución, paciente intervenida en el centro de salud de Miguelturra.

Palabras Clave: Onicocriptosis, NANDA, NOC, NIC, Atención primaria.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La uña encarnada se define como el crecimiento del borde lateral de la uña dentro del tejido blando del pliegue ungueal, que produce una lesión dolorosa. Afecta, sobre todo, al primer dedo del pie. Las posibles causas son: uso de zapatos mal adaptados, corte inadecuado de la uña (demasiado corto y con bordes convexos), cambios asociados a la edad, diabetes, hiperhidrosis, obesidad, posición inadecuada de los pies, neoplasias subungueales y traumatismos. El tratamiento depende del estadio en que se encuentre la uña encarnada que incluye desde procedimientos conservadores hasta intervenciones de cirugía menor que pueden ser realizadas por el equipo de atención primaria en el centro de salud.

Observación Clínica:

Mujer de 45 años con sobrepeso, sin otros antecedentes patológicos de interés, que presenta un cuadro clínico caracterizado por dolor e inflamación del primer dedo del pie derecho sin signos de infección de 6 meses de evolución, que tras la utilización de tratamiento conservador consistente en lavados con agua caliente durante 15 o 20 minutos, antisépticos tópicos y la colocación de algodón en el extremo subungueal afectado, no se observa resultado favorable evolucionando al empeoramiento causado por la penetración de los bordes laterales y el extremo distal de la lámina ungueal en el tejido blando periungueal, procediendo a la programación de tratamiento quirúrgico con exéresis total de la uña con anestesia troncular en el centro de salud.

Procedimiento: preparar la mesa quirúrgica, desinfectar con yodo, aplicar anestesia troncular con bupivacaína y colocar un torniquete en el extremo proximal del dedo. Se separó parcialmente la uña con una pinza mosquito (un tercio de la misma) y con movimientos de giro y ligera tracción de la porción de la matriz ungueal hasta su obtención total.

Plan de cuidados de enfermero:

NANDA: Dolor agudo (00132) r/c intervención quirúrgica m/p informe verbal de dolor. Definición: experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a severa con un final anticipado o previsible de una duración menor de seis meses.

NOC: Control del dolor (1605).Indicadores:

. 160501. Reconoce factores causales.

. 160502. Reconoce el comienzo del dolor.

. 160509. Reconoce los síntomas asociados al dolor.

Dolor: efectos nocivos (2101).

Indicadores:

. 210110. Estado de ánimo alterado.

. 210113. Movilidad física alterada.

NIC: Manejo del dolor (1400).

Definición: alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.

Actividades:

. Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad.

. Observar claves no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.

. Instaurar y modificar las medidas de control del dolor en función de la respuesta del paciente.

. Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.

. Proporcionar información acerca del dolor, tales como causas del dolor, tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.

. Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia.

Discusión:

La onicocriptosis genera gran molestia al paciente y según su estadio puede ser resuelta por el equipo de atención primaria. Se han establecido 4 estadios de la enfermedad: Estadio 1, consiste en la presencia de edema local, inflamación y dolor a la presión sobre el pliegue ungueal lateral. Estadio 2, empeoramiento de los signos previos con infección y supuración. Estadio 3, aparición de tejido de granulación con hipertrofia laminar. Estadio 4, evolución del estadio 1 con deformidad grave y crónica de la uña, ambos rodetes periungueales y rodete distal.

En las formas leves utilizamos tratamiento conservador, que puede consistir en lavados con agua caliente durante 15 o 20 minutos, antisépticos tópicos u orales, colocación de algodón en el extremo subungueal afectado y otros. En estadios más avanzados desbridar y pautar antibiótico tópico como mupirocina al 2% o ácido fusídico al 2% valorando la posibilidad de la vía oral si se presenta un cuadro de celulitis. En estadio 2, 3 y 4 indicaran tratamiento quirúrgico en consulta programada.

Pueden realizarse cuatro tipos de técnicas quirúrgicas: Resección de la porción de la uña encarnada, avulsión parcial o lateral de la placa ungueal (un tercio o un cuarto del lado afectado), avulsión total de la uña, avulsión parcial con matricectomía, aunque hay evidencias de altas tasas de recidiva tras este procedimiento en 2-3 meses.

Diferentes autores sugieren que una recidiva sea tratada mediante matricectomía quirúrgica total o con fenol, técnica que ha demostrado menor tasa de recurrencia sintomática a los 6 meses.

Conclusiones:

La onicocriptosis es muy frecuente en la atención primaria, y puede ser resuelta en sus primeros estadios por el equipo evitando así la derivación al especialista, lo cual significa prolongar el proceso de inflamación y las molestias reflejadas en las limitaciones de sus actividades, salvo complicaciones o recidivas de la encarnación. Es además un procedimiento quirúrgico de bajo coste, ambulatorio y cómodo, permitiendo la rápida reintegración a sus labores habituales.

Bibliografía

1.- Dubón Peniche María del Carmen. Matricectomía: Caso de la CONAMED. Rdo. fac. Medicina. (Méx.) [revista en Internet]. junio de 2011 [citado el 20 de febrero de 2023]; 54(3): 55-59.

2.- Dirección de enfermería. Unidad de docencia, calidad e investigación. Hospital Reina Sofía [Internet]. Córdoba: Junta de Andalucía; [citada 30 ene 2023]. Intervenciones. NANDA NIC NOC.

3.- NNNConsult[Internet]. Barcelona: Elsevier; [actualizado 2021; citado 20 de feb de 2023].

4.- Bibliografía 3: Yánez Aráuz J, Del Vecchio J, Raimondi N. Onicocriptosis del hallux. Análisis comparativo entre la técnica de preservación de la matriz y la técnica con lesión de la matriz angular. Rev Asoc Argent Ortop Traumatol. 2010; 75:131---6.

SATSE Sindicato de Enfermería

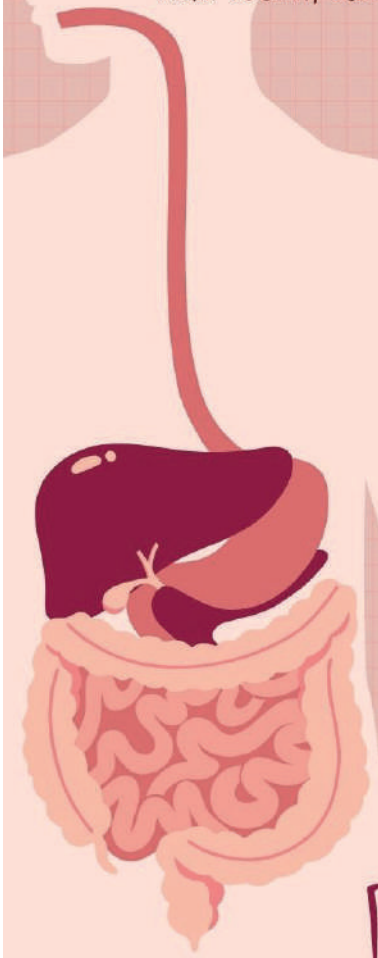
Capítulo 43

Caso Clínico: Paciente Ileostomizada

Gallardo Mena,Emilia
Cruz Moreno, María
Ortiz Godoy, Angela

CASO CLÍNICO: PACIENTE ILEOSTOMIZADA

Ser portador de una ostomía cada vez es más frecuente y por diferentes motivos.Para ello la ayuda de una enfermera estomaterapeuta es fundamental ya que le proporcionará conocimientos prácticos y herramientas necesarias para tener una vida social, sexual o personal sin problemas e inseguridades.



OBSERVACIÓN CLÍNICA

- Mujer de 41 años acude por dolor abdominal, náuseas sin vómitos y fiebre de hasta 38º en domicilio. Presentando abdomen globuloso, blando depresible, gran eventración en línea media indurada, con eritema cutáneo y dolor importante a la palpación localizado.
- No signos de irritación peritoneal.
- Pruebas complementarias: analítica completa (leucocitosis, pcr elevada) rx de tórax, rx de abdomen (dilatación de asa de intestino delgado con niveles hidroaéreos).
- Diagnóstico: hernia abdominal con gangrena de asa con incisión en íleon. Se realiza resección del intestino delgado, realizando ileostomía en escopeta, lavado más drenaje.
- Al alta se le dan las recomendaciones dietéticas y los cuidados de ileostomías. Alta con bolsa abierta de dos piezas. Acude varias veces a urgencias por fuga e irritación de la piel, se ingresa para realizar curas.



PLAN DE CUIDADOS

DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INGESTA SUPERIOR A LAS NECESIDADES 00001
NOC: 1854 Conocimiento dieta saludable.
NIC: 5246 Asesoramiento nutricional.

INSOMNIO 00095
NOC: 0004 Sueño
NIC: 1850 Mejorar el sueño.
0200 Fomento del ejercicio.

DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA 00046
NOC: 1615 Autocuidado de la ostomía.
NIC: 480 Cuidados de la ostomía.
NOC: 1106 Curación de las quemaduras.
NIC: 2210 Administración de analgésicos.
2316 Administración de medicación: tópica.

AISLAMIENTO SOCIAL 00053
NOC: 1503 Implicación social.
NIC: 5100 Potenciación de la socialización.
NOC: 1200 Imagen corporal.
NIC: 480 Cuidados de la ostomia
5430 Grupo de apoyo.

TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL 0118
NOC: 1615 Autocuidado de la ostomía.
NIC:480 Cuidados de la ostomia
NOC: 1006 Peso: masa corporal
NIC: 1260 Manejo del peso.
200 Fomento del ejercicio.
5246 Asesoramiento nutricional

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

Es de suma importancia contar con una enfermera experta en todos los hospitales para poder dar unos cuidados de calidad y responder a todas sus necesidades. Para ello es necesario tener una consulta donde poder dar la educación necesaria y poder resolver sus dudas, inquietudes, temores....
La existencia de la enfermera estomaterapeuta es la profesional cuyo rol consiste en velar por la calidad de vida del paciente durante todo el proceso. Y es la que hace al paciente tener una vida normal o un verdadero drama.

SATSE

AUTORES:
-Gallardo Mena, E.
-Cruz Moreno, M.
-Ortiz Godoy, A.

Resumen: Ostomías es el término con el que se designa a la intervención quirúrgica cuyo objetivo es crear una comunicación artificial entre dos órganos o entre una víscera a través de la pared abdominal.

Las causas que pueden llevar a ello son cáncer colorrectal, enfermedades inflamatorias, traumatismos graves e infartos intestinales.

Palabras Clave: Ostomia, Estomaterapeuta, Plan de cuidados

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Ser portador de una ostomía cada vez es más frecuente y por diferentes motivos. Para ello la ayuda de una enfermera estomaterapeuta es fundamental ya que le proporcionará conocimientos prácticos y herramientas necesarias para tener una vida social, sexual o personal sin problemas e inseguridades. El realizar un plan de cuidados individualizados nos ayuda a atender las necesidades de nuestro paciente, mejorar su calidad de vida y evaluar los resultados. Es un proceso dinámico.

Observación Clínica:

Mujer de 41 años que acude al servicio de urgencias del hospital por dolor abdominal, náuseas sin vómitos y fiebre de hasta 38º en domicilio. Valorada hace dos días en este servicio por dolor abdominal de tres días de evolución, acompañado de vómitos. y eventración de línea media que resuelve mediante maniobras de taxis, siendo dada de Alta. A su llegada es valorada en urgencias, presentando abdomen globuloso, blando depresible, gran eventración en línea media indurada, con eritema cutáneo y dolor importante a la palpación localizado. No signos de irritación peritoneal. Se solicitan pruebas complementarias: analítica completa (leucocitosis, pcr elevada) rx de tórax, rx de abdomen (dilatación de asa de intestino delgado con niveles hidroaéreos). Se diagnostica de hernia abdominal con gangrena de asa con incisión en íleon. Se opera de urgencias y se realiza resección del intestino delgado, realizando ileostomía en escopeta, lavado más drenaje. Al alta se le dan las recomendaciones dietéticas y los cuidados de ileostomías. Alta con bolsa abierta de dos piezas. Acude varias veces a urgencias por fuga e irritación de la piel, donde es atendida en urgencias se le cambian de disco y bolsa y es dada de alta. Vuelve de nuevo a urgencias por fuga continua y más irritación y se ingresa para realizar curas.

Plan de cuidados de enfermero:

El modelo de enfermería utilizado en el hospital de referencia es el de Marjory Gordon. Gordon define los patrones como una configuración de comportamientos más o 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 proporciona un marco para la valoración con independencia de la edad el nivel de cuidados o la patología. Los once patrones son una división artificial y estructurada del funcionamiento humano integrado, no deben se 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).

DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA 00046

NOC: 1615 Autocuidado de la ostomía.

NIC: 480 Cuidados de la ostomía.

NOC: 1106 Curación de las quemaduras.

NIC: 2210 Administración de analgésicos.

2316 Administración de medicación: tópica.

DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INGESTA SUPERIOR A LAS NECESIDADES 00001

NOC: 1854 Conocimiento dieta saludable.

NIC: 5246 Asesoramiento nutricional.

INSOMNIO 00095

NOC: 0004 Sueño

NIC: 1850 Mejorar el sueño.

0200 Fomento del ejercicio.

TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL 0118

NOC: 1615 Autocuidado de la ostomía.

NIC:480 Cuidados de la ostomía

NOC: 1006 Peso: masa corporal

NIC: 1260 Manejo del peso.

200 Fomento del ejercicio.

5246 Asesoramiento nutricional

AISLAMIENTO SOCIAL 00053

NOC: 1503 Implicación social.

NIC: 5100 Potenciación de la socialización.

NOC: 1200 Imagen corporal.

NIC: 480 Cuidados de la ostomía

5430 Grupo de apoyo.

Discusión y Conclusiones:

Es de suma importancia contar con una enfermera experta en todos los hospitales para poder dar unos cuidados de calidad y responder a todas sus necesidades. Para ello es necesario tener una consulta donde poder dar la educación necesaria y poder resolver sus dudas, inquietudes, temores....

La existencia de la enfermera estomaterapeuta es la profesional cuyo rol consiste en velar por la calidad de vida del paciente durante todo el proceso. Y es la que hace al paciente tener una vida normal o un verdadero drama. La aplicación del proceso enfermero como método de trabajo, con la planificación y estandarización de los cuidados utilizando el lenguaje enfermero NANDA-NOC-NIC, garantiza unos cuidados de calidad, efectivos, continuos, centrados en el paciente y evaluables, lo que lo convierte en un buen sistema para gestionar cuidados de enfermería al paciente colostomizado.

Bibliografía

1.- Asociación española contra el cáncer [internet]. Madrid: Asociación española contra el cáncer; 2011 [acceso el 08.07.21]. Disponible en: https://www.aecc.es/Nosotros/Dondeestamos/Madrid/quienessomosos/Docume ntsMemo_aeccMadrid_2011.pdf.

2.- Gómez del Río N, Mesa Castro N, Caraballo Delgado C, Fariña Rodríguez AM, Huertas Clemente MJ, Gutiérrez Fernández Y. Los cuidados de enfermería en el impacto psicológico del paciente ostomizado. Rev ENE de Enferm[Internet]. 2013 [Citado 25 febrero 2019]; 7(3): [aprox. 13p.].Disponible en: http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/279

3.- Hernández Fernández F, Impacto de un plan de intervención educativa en la calidad de vida del paciente ostomizado. Reduca [Internet]. 2011 [Citado 6 mayo 2019]; 3(2): 504-533. Disponible en: http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-nfermeria/article/view/764

4.-NANDA DIAGNOSTICOS ENFERMEROS. DEFINICIONES Y CLASIFICACION 2021-2023 (INTERNET). Librería Médica (citado el 21 de Mayo de 2023). Disponible en: https//libreriamedica.es/inicio/12919-nanda-diagnosticos-enfermeros-definiciones-y-clasificación-2021-2023-9788413821276.html

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 44

Caso: Granuloma umbilical

Madueño Moreno, Silvia
Madueño Moreno, José Luis

CASO: GRANULOMA UMBILICAL

Silvia Madueño Moreno y Jose Luis Madueño Moreno

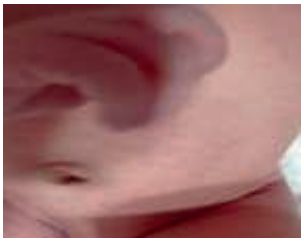
INTRODUCCIÓN: El cordón umbilical está compuesto por dos arterias y una vena y recubierto por la gelatina de Wharton. Es un órgano transitorio de vital importancia en la comunicación materno-fetal intrauterina. Tras el nacimiento se procede a su ligadura, desprendiéndose a los 7-10 días y formando el ombligo en la pared abdominal.
El granuloma umbilical es la afección cutánea más frecuente tras la caída del cordón, afecta a uno de cada quinientos recién nacidos. Se desconocen las causas exactas por las que se produce pero parece no tener relación con los cuidados tras el nacimiento.
La mayoría de ellos se pueden diagnosticar con un examen físico.
El granuloma umbilical se presenta como una inflamación del tejido de granulación que no ha epitelizado en la curación del ombligo. Se distingue una zona roja brillante, algo húmeda y con presencia de una secreción clara o amarillenta en algunos casos. Con dimensiones entre los 3 mm y 10 mm. Puede derivar en onfalitis o infección secundaria en contadas ocasiones. Por lo que es preciso un manejo adecuado desde el momento del diagnostico. No hay evidencias de que se resuelva de manera espontanea.
En la bibliografía se describen multitud de tratamientos para la resolución del granuloma: cauterización química con nitrato de plata al 75% o sulfato de cobre, la cauterización eléctrica, la criocauterización, la escisión quirúrgica o la técnica de doble ligadura, ungüentos tópicos con esteroides como el propionato de clobetazol tópico y la sal común. Estudios recientes respaldan que el uso de sal común es un método efectivo, seguro, accesible y económico en el tratamiento del granuloma umbilical, que no genera complicaciones ni efectos secundarios.

OBSERVACIÓN CLÍNICA:
Recién nacida a término (41+1), nacida por cesárea tras fallo de inducción. Peso 3270 g, pérdida del 12.2% respecto del peso de recién nacido (-400 g). Alimentación con lactancia materna exclusiva.
Acude a pediatría a los 8 días de edad para primera consulta. La tarde previa había tirado el cordón umbilical. Presenta una pequeña protuberancia roja y de aspecto húmedo en la zona de cicatrización del cordón umbilical. No hay exudado.
Diagnostico: granuloma umbilical.
Tratamiento: aplicación de sal común c/12h durante tres días. Aplicar y dejar actuar durante 20 – 30 minutos y después retirar.


Día 1


Día 2


Día 3


Día 4

Diagnostico	NIC	NOC
00214 Disconfort	5270 Apoyo emocional 7110 Favorecer la implicación familiar 6040 Terapia de relajación	2100 Nivel de comodidad
00004 Riesgo de infección	3660 Cuidados de las heridas 6550 Prevención contra las infecciones	1004 Estado nutricional 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas
00046 Deterioro de integridad cutánea	3660 Cuidados de las heridas 3590 Vigilancia de la piel	1103 Curación de la herida. Por segunda intención

Tras tres días de aplicación domiciliaria de sal común cada 12 horas, el ombligo se presenta con piel integra, totalmente cicatrizado.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: El tratamiento con sal para el granuloma umbilical ha resultado ser eficaz, económico y disponible. Fácil de aplicar en domicilio por la familia. Aún no se han reportado efectos secundarios y la recurrencia del granuloma después del tratamiento parece ser nula.

Resumen: Se presenta el caso de un recién nacido de 8 días de vida que presenta, tras la caída del cordón umbilical, una formación puntiaguda, rojiza húmeda y sin exudado. Acontinuación se detalla el tratamiento seguido (con sal común) y los resultados del mismo (que resultan ser rápidos y muy eficaces)

El granuloma umbilical es una afección cutánea frecuente tras la caída del cordón. Con causas desconocidas por las que se produce, pero parece no tener relación con los cuidados tras el nacimiento. Se presenta como una inflamación del tejido de granulación que no ha epitelizado.

Palabras Clave: Granuloma umbilical, Recién nacido, Sal, Cordón umbilical

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El cordón umbilical está compuesto por dos arterias y una vena y recubierto por la gelatina de Wharton. Es un órgano transitorio de vital importancia en la comunicación materno-fetal intrauterina. Tras el nacimiento se procede a su ligadura, desprendiéndose a los 7-10 días y formando el ombligo en la pared abdominal.

El granuloma umbilical es la afección cutánea más frecuente tras la caída del cordón, afecta a uno de cada quinientos recién nacidos. Se desconocen las causas exactas por las que se produce, pero parece no tener relación con los cuidados tras el nacimiento.

La mayoría de ellos se pueden diagnosticar con un examen físico.

El granuloma umbilical se presenta como una inflamación del tejido de granulación que no ha epitelizado en la curación del ombligo. Se distingue una zona roja brillante, algo húmeda y con presencia de una secreción clara o amarillenta en algunos casos. Con dimensiones entre los 3 mm y 10 mm. Puede derivar en onfalitis o infección secundaria en contadas ocasiones. Por lo que es preciso un manejo adecuado desde el momento del diagnóstico. No hay evidencias de que se resuelva de manera espontánea.

En la bibliografía se describen multitud de tratamientos para la resolución del granuloma: cauterización química con nitrato de plata al 75% o sulfato de cobre, la cauterización eléctrica, la criocauterización, la escisión quirúrgica o la técnica de doble ligadura, ungüentos tópicos con esteroides como el propionato de clobetazol tópico y la sal común. Estudios recientes respaldan que el uso de sal común es un método efectivo, seguro, accesible y económico en el tratamiento del granuloma umbilical, que no genera complicaciones ni efectos secundarios.

Observación Clínica:

Recién nacida a término (41+1), nacida por cesárea tras fallo de inducción. Peso 3270 g, pérdida del 12.2% respecto del peso de recién nacido (-400 g). Alimentación con lactancia materna exclusiva.

Acude a pediatría a los 8 días de edad para primera consulta. La tarde previa había tirado el cordón umbilical. Presenta una pequeña protuberancia roja y de aspecto húmedo en la zona de cicatrización del cordón umbilical. No hay exudado.

Diagnóstico: granuloma umbilical.

Tratamiento: aplicación de sal común c/12h durante tres días. Aplicar y dejar actuar durante 20 – 30 minutos y después retirar.

Plan de Cuidados enfermero.

Diagnóstico: 00214 Disconfort

NOC: 2100 Nivel de comodidad

NIC: 5270 Apoyo emocional

7110 Favorecer la implicación familiar

6040 Terapia de relajación

Diagnóstico: 00004 Riesgo de infección

NOC: 1004 Estado nutricional

1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas

NIC: 3660 Cuidados de las heridas

6550 Prevención contra las infecciones

Diagnóstico:00046 Deterioro de integridad cutánea

NOC: 1103 Curación de la herida. Por segunda intención

NIC: 3660 Cuidados de las heridas

3590 Vigilancia de la piel

Tras tres días de aplicación domiciliaria de sal común cada 12 horas, el ombligo se presenta con piel integra, totalmente cicatrizado.

Discusión y conclusiones:

La aparición del granuloma umbilical suele ser un motivo de gran preocupación para los padres de los niños que lo sufren.

En los diferentes estudios consultados se plantean más alternativas de tratamiento como la cauterización química, criocauterización, escisión quirúrgica y otros, cuya aplicación precisa la participación de personal sanitario cualificado.

El tratamiento con sal puede causar gran extrañeza para los progenitores, pero resulta ser muy eficaz, económico y disponible. Fácil de aplicar en domicilio por la familia. Aún no se han reportado efectos secundarios y la recurrencia del granuloma después del tratamiento parece ser nula.

Bibliografía

1.- V1. Valbuena Durán LD, Aceros Lora AM. Diagnósticos de enfermería presentes en un recién nacido pretérmino con múltiples comorbilidades. Investig Enferm. Imagen Desarr. 2017;19(1): 123-137. http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie19-1.dep

2.- Navarro Torres M, Lorenzo Ramirez MD, Cases Jordán C, Morte Cabinasty CM, Peñalva Moronat E, Milagro Jimenez ME, Manejo del granuloma umbilical con sal en el recién nacido: ¿Cómo aplicarla?. Revista Sanitaria de Investigación. ISSN-e 2660-7085, Vol. 2, Nº. 2, 2021. Disponible: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/manejo-del-granuloma-umbilical-con-sal-en-el-recien-nacido-como-aplicarla/

3.- Sanchez Castellanos ME, Sandoval Tress C, Hernández Torres M. Persistencia del conducto onfalomesentérico. Diagnóstico diferencial de granuloma umbilical en la infancia.Actas Dermo-Sifiliográficas.Volume 97, Issue 6.2006.Pages 404-405.ISSN 0001-7310.https://doi.org/10.1016/S0001-7310(06)73429-9.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 45

Cefaleas en trabajadores Sanitarios de UCI. ¿Problema de salud?

Muñoz Camargo, Juan Carlos
Vázquez Rodríguez-Barbero, Inmaculada
Muñoz-Torrero Peña, Alicia
Rubio Serrano, María Pilar
Aguirre Romero, Ana Belén
Carrero Ruiz, Carmen

CEFALEAS EN TRABAJADORES SANITARIOS DE UCI. ¿PROBLEMA DE SALUD?

Muñoz Camargo JC, Vázquez Rodríguez-Barbero I, Muñoz Torrero Peña A, Rubio Serrano MP, Aguirre Romero AB, Carrero Ruiz C.

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital General Universitario de Ciudad Real

INTRODUCCION

Dentro de las patologías que se relacionan con el trabajo se puede destacar la cefalea como un problema importante para la salud del trabajador, pudiendo llegar a perjudicar su capacidad laboral. Diferentes estudios epidemiológicos muestran que la cefalea representa un significativo impacto en la calidad de vida de los trabajadores, pues, además del dolor, aparecen síntomas asociados que comprometen la vida social, profesional y familiar. Contribuyen a esta condición, además del estrés inherente al trabajo, la sobrecarga laboral, el tipo de jornada, y la disminución de las horas de sueño para los trabajadores nocturnos.

OBJETIVOS

- Determinar la prevalencia y tipo de dolor de cabeza en las distintas categorías de profesionales sanitarios de UCI
- Evaluar la relación entre la presencia de cefalea y el tipo de turno de trabajo asignado.

METODOLOGÍA

Diseño y Ámbito: Estudio observacional descriptivo y transversal realizado entre personal sanitario de Ucis de Castilla la Mancha durante el año 2022.
Población y tipo de muestreo: Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico y consecutivo de las diferentes categorías profesionales que trabajaban en UCI.
Instrumento de recogida de datos y variables medidas: La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario autoadministrado con variables sociodemográficas y variables relacionadas con la presencia, característica de la cefalea, síntomas asociados, tipo de diagnóstico, tratamiento y uso de técnicas complementarias para el alivio de los síntomas.
Análisis estadístico: Para el análisis de los datos se empleó el programa estadístico SPSS 28.0. En primer lugar, se realizó un análisis univariado de las variables para determinar la frecuencia de cada una de las variables y su distribución. En las variables cuantitativas se calculó la media y desviación estándar. Para la comparación de grupos se utilizó la prueba de $\chi 2$, el Test de la U de Man Whitney y Test de Kruskal Walis. El nivel de significación se estableció en una $p<0,05$.
Consideraciones Éticas: Se solicitó el consentimiento informado a los participantes. El estudio se realizó de acuerdo con los criterios de buena práctica clínica. Se cumple la normativa de la Ley Orgánica 3/2018 Protección de Datos Personales

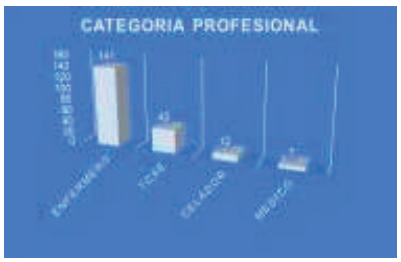


Grafico 1



Grafico 2

RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por 202 participantes. El 89,1% (180) fueron mujeres. La edad media se situó en 42±9,5 años. La categoría profesional se puede ver en el gráfico 1. El tiempo de experiencia en UCI de los participantes se puede ver en el gráfico 2. El turno que tenían asignado se puede ver en el grafico 3. Según el análisis de la distribución de frecuencias la prevalencia de la cefalea en la población estudiada fue del 96%. (194) siendo superior en las mujeres, p= 0,01. El uso del equipo de protección personal (EPI) fue citado como un factor desencadenante en el 63,4% (128) de los cuestionarios analizados y el tratamiento farmacológico se utiliza por el 58.4% (118) de esta muestra. Los antiinflamatorios son el tratamiento más utilizado. La migraña y la cefalea tensional son los tipos predominantes. La cefalea se acompañaba de nauseas, fotofobia, fonofobia y quinesofobia. El dolor es referido mayoritariamente como opresivo y de localización frecuente en las sienes con una mediana de puntuación en la escala EVA de 7 RIC (6-8). La mediana de dolor fue superior en las mujeres, p= 0,01. No se encontraron diferencias en cuanto a la intensidad de dolor según tipo de turno, p= 0,8 y profesional p= 0,3. Gráficos 4 y 5. Para el 81,2% (164) el dolor disminuye su capacidad en el trabajo. Un 21,3% (43) ha tenido que dejar de trabajar coincidiendo con la crisis. Entre las técnicas complementarias para el alivio de la cefalea un 7,9% (16) recurrió al piercing, un 33,7% (68) a yoga, un 17,35 (35) a pilates y un 6,95 (14) a la acupuntura. El 35,15 (71) de los que han utilizado técnicas complementarias refieren mejoría de los síntomas.



Grafico 3

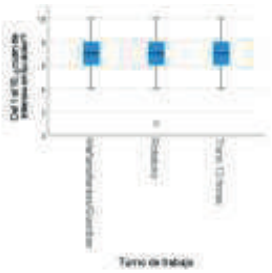


Grafico 4

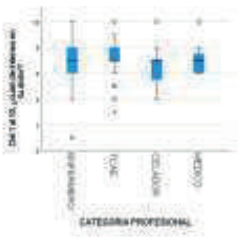


Grafico 5

CONCLUSIONES

Los datos muestran que la cefalea puede ser considerada como un importante problema de salud en los trabajadores perjudicando su capacidad laboral independientemente del turno que realizan. Su considerable prevalencia requiere la necesidad de proyectos que tiendan a mejorar la salud del trabajador.

Resumen: Determinar la prevalencia y tipo de dolor de cabeza en las distintas categorías de profesionales sanitarios de UCI

Evaluar la relación entre la presencia de cefalea y el tipo de turno de trabajo asignado.

Estudio observacional descriptivo transversal realizado entre personal sanitario de Ucis de Castilla la Mancha en el 2022.

Muestra 202, siendo enfermeras 141. La migraña y la cefalea tensional son los dolores predominantes.

La cefalea puede ser considerada como un importante problema de salud en los trabajadores perjudicando su capacidad laboral independientemente del turno que realizan. Se necesitan proyectos que tiendan a mejorar la salud del trabajador

Palabras Clave: Cefalea, Grupos profesionales, Unidad de cuidados intensivos

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Dentro de las patologías que se relacionan con el trabajo se puede destacar la cefalea como un problema importante para la salud del trabajador, pudiendo llegar a perjudicar su capacidad laboral. Diferentes estudios epidemiológicos muestran que la cefalea representa un significativo impacto en la calidad de vida de los trabajadores, pues, además del dolor, aparecen síntomas asociados que comprometen la vida social, profesional y familiar. Contribuyen a esta condición, además del estrés inherente al trabajo, la sobrecarga laboral, el tipo de jornada, y la disminución de las horas de sueño para los trabajadores nocturnos.

Objetivos:

• Determinar la prevalencia y tipo de dolor de cabeza en las distintas categorías de profesionales sanitarios de UCI

• Evaluar la relación entre la presencia de cefalea y el tipo de turno de trabajo asignado.

Metodología:

Diseño y Ámbito: Estudio observacional descriptivo y transversal realizado entre personal sanitario de Ucis de Castilla la Mancha durante el año 2022.

Población y tipo de muestreo: Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico y consecutivo de las diferentes categorías profesionales que trabajaban en UCI.

Instrumento de recogida de datos y variables medidas: La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario autoadministrado con variables sociodemográficas y variables relacionadas con la presencia, característica de la cefalea, síntomas asociados, tipo de diagnóstico, tratamiento y uso de técnicas complementarias para el alivio de los síntomas.

Análisis estadístico: Para el análisis de los datos se empleó el programa estadístico SPSS 28.0. En primer lugar, se realizó un análisis univariado de las variables para determinar la frecuencia de cada una de las variables y su distribución. En las variables cuantitativas se calculó la media y desviación estándar. Para la comparación de grupos se utilizó la prueba de $\chi 2$, el Test de la U de Man Whitney y Test de Kruskal Walis. El nivel de significación se estableció en una $p<0,05$.

Consideraciones Éticas: Se solicitó el consentimiento informado a los participantes. El estudio se realizó de acuerdo con los criterios de buena práctica clínica. Se cumple la normativa de la Ley Orgánica 3/2018 Protección de Datos Personales.

Resultados:

La muestra estuvo conformada por 202 participantes. El 89,1% (180) fueron mujeres. La edad media se situó en 42+9,5 años. La categoría profesional que más ha participado ha sido enfermería con141, seguido de 42 Técnicos en Cuidados Enfermeros (TCAE). El tiempo de experiencia en UCI de los participantes es de más de 20 años en 78 participantes, seguidos de 72 profesionales sanitarios con entre 10-20 años de experiencia. El turno asignado más habitual era el rotatorio en 157 casos. Según el análisis de la distribución de frecuencias la prevalencia de la cefalea en la población estudiada fue del 96%. (194) siendo superior en las mujeres, p= 0,01. El uso del equipo de protección personal (EPI) fue citado como un factor desencadenante en el 63,4% (128) de los cuestionarios analizados y el tratamiento farmacológico se utiliza por el 58.4% (118) de esta muestra. Los antiinflamatorios son el tratamiento más utilizado. La migraña y la cefalea tensional son los tipos predominantes. La cefalea se acompañaba de nauseas, fotofobia, fonofobia y quinesofobia. El dolor es referido mayoritariamente como opresivo y de localización frecuente en las sienes con una mediana de puntuación en la escala EVA de 7 RIC (6-8). La mediana de dolor fue superior en las mujeres, p= 0,01. No se encontraron diferencias en cuanto a la intensidad de dolor según tipo de turno, p= 0,8 y profesional p= 0,3. Para el 81,2% (164) el dolor disminuye su capacidad en el trabajo. Un 21,3% (43) ha tenido que dejar de trabajar coincidiendo con la crisis. Entre las técnicas complementarias para el alivio de la cefalea un 7,9% (16) recurrió al piercing, un 33,7% (68) a yoga, un 17,35 (35) a pilates y un 6,95 (14) a la acupuntura. El 35,15 (71) de los que han utilizado técnicas complementarias refieren mejoría de los síntomas.

Conclusiones:

Los datos muestran que la cefalea puede ser considerada como un importante problema de salud en los trabajadores perjudicando su capacidad laboral independientemente del turno que realizan. Su considerable prevalencia requiere la necesidad de proyectos que tiendan a mejorar la salud del trabajador.

Bibliografía

1.- Romero E, González S, Romero MJ. Stress and anxiety in intensive care environment. Scielo España. 2014;8 (3).

2.- Ramírez N. Turnos de enfermería en una Unidad de Cuidados Intensivos. Enfermería en Costa Rica. 2012;33(2):74-80.

3.- Larzelere MM, Jones GN. Stress and health. Prim Care. 2008;35:839-856.

4.- Pelegrín E, Pelegrín V. Cómo afecta a la salud el trabajo a turnos en los trabajadores. Ocronos. 2020;3(1):49.

5.- Moraes E, Maciel L. Fontana RT. La cefalea y la salud del trabajador de enfermería: análisis de una realidad. 2012;11(26):117-125.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 46

Caso clínico: Código Sepsis Colecistitis aguda

Soto Luna, Juan Francisco
Fernández Expósito, Gemma M.ª
Montero Trujillo, Montserrat
Cerrillo Urbina, Alberto
Aguirre Romero, Ana Belén
Bravo Dondarza, Luis

Caso clínico: Código Sepsis Colescistitis aguda.

INTRODUCCIÓN

- Debido a las últimas aportaciones basadas en evidencia científica respecto al paciente séptico por el Surviving Sepsis Campaing de 2021 se decide por parte de la dirección de un hospital de segundo nivel, la creación de un equipo multidisciplinar de CODIGO SEPSIS.
- -Los objetivos planteados:
- Integrar las medidas que mejoren la captación, optimización de tratamiento y seguimiento del paciente séptico.
- Evitar ingresos en Unidad de Cuidados Intensivos disminuyendo mortalidad y aumentando la eficiencia.

OBSERVACIÓN CLINICA

- Mujer de 67 años con antecedentes personales: intervención quirúrgica de túnel carpiano en mayo 2022 y episodios de amnesia global transitoria en 2012 y 2019 en estudio por aneurisma del septo interauricular.
- Situación previa: La paciente acude a Urgencias por dolor abdominal, diagnosticada de colecistitis aguda con absceso perivesicular, dada de alta domiciliaria tras 12 días hospitalizada con tratamiento antibiótico y seguimiento por parte de cirugía.
- Ingresó a las dos semanas en digestivo por colecistitis aguda complicada la paciente presenta fallo hemodinámico, coagulopatía y acidosis metabólica.
- Se activa Código Sepsis tras valoración qSOFAde2.

PLAN DE CUIDADOS

- Se monitoriza: TA 75/45 FR 28 ,Tª38.2ºC Glasgow15, Sat.O297 FC=105
- Exploración: Signos de baja perfusión tisular.
- Canalización de PICC en basílica derecha.
- Extracción de muestras: gases venosos, analítica completa, hemocultivos.
- Comunicación con laboratorio para activar código en las muestras para priorizar los resultados.
- Estabilización hemodinámica con fluidoterapia: SF 0.9% 30ml/kg/h.
- Transfusión de plasma y plaquetas
- Administración de antibióticos semidirigidos en menos de 1h.

DISCUSIÓN

- El código Sepsis suple a la manera tradicional de captar, tratar y atender a un paciente séptico, donde se prioriza la rapidez en la captación, estabilización y administración del tratamiento lo más adecuado posible, para evitar su entrada a UCI y aumentar la eficiencia sanitaria. Es fundamental que el personal sanitario esté formado en para actuar de la manera correcta.
- A las 3h después de activar el código, se le realiza una colescitectomía percutánea urgente sin incidencias, mejorando clínica, hemodinámica y con tratamiento dirigido.

CONCLUSIONES

- La creación de equipos multidisciplinares de Código Sepsis resultan muy positivos para cualquier centro sanitario, ya que disminuye la morbilidad, las entradas a Unidades de cuidados críticos y por consecuente la disminución del gasto sanitario.

sescam
Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

CÓDIGO sepsis

SATSE

Resumen: Tras la creación de un equipo multidisciplinar en un hospital de 2º nivel y tras la sensibilización y formación de su personal se activa en una paciente con sospecha de colecistitis ingresada en la planta.

-Después de verificar que cumple con qSOFA se empiezan a desarrollar los bundles recomendados, hasta estabilizarla hemodinámicamente y administrarle la primera carga antibiótica. Cuando salen los primeros resultados analíticos se pone en contacto con radiología vascular para realizar colescitectomía percutánea urgente, donde transcurre sin incidencias.

Al cabo de 3h tras la activación del código la paciente se encuentra recuperada, con mejoría clínica y analítica.

Palabras Clave: Sepsis, Monitorización, Hipotensión

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Debido a las últimas aportaciones basadas en evidencia científica respecto al paciente séptico por el Surviving Sepsis Campaing de 2021 se decide por parte de la dirección de un hospital de segundo nivel, la creación de un equipo multidisciplinar de CODIGO SEPSIS.

- Los objetivos planteados

• Integrar las medidas que mejoren la captación, optimización de tratamiento y seguimiento del paciente séptico.

• Evitar ingresos en Unidad de Cuidados Intensivos disminuyendo mortalidad y aumentando la eficiencia.

Observación Clínica:

Mujer de 67 años con antecedentes personales: intervención quirúrgica de túnel carpiano en mayo 2022 y episodios de amnesia global transitoria en 2012 y 2019 en estudio por aneurisma del septo interauricular.

Situación previa: La paciente acude a Urgencias por dolor abdominal, diagnosticada de colecistitis aguda con absceso perivesicular, dada de alta domiciliaria tras 12 días hospitalizada con tratamiento antibiótico y seguimiento por parte de cirugía.

Ingresó a las dos semanas en digestivo por colecistitis aguda complicada la paciente presenta fallo hemodinámico, coagulopatía y acidosis metabólica.

Se activa Código Sepsis tras valoración qSOFAde2.

Plan de cuidados de enfermero:

• Se monitoriza: TA (Tensión Arterial)75/45 FR 28, Tª 38.2ºC Glasgow 15, Sat.O2 97% FC=105ppm.

• Exploración: Signos de baja perfusión tisular.

- Canalización de PICC (Peripheral Inserted Central Catheter) en basílica derecha.
- Extracción de muestras: gases venosos, analítica completa, hemocultivos.
- Comunicación con laboratorio para activar código en las muestras para priorizar los resultados.
- Estabilización hemodinámica con fluidoterapia: SF 0.9% 30ml/kg/h.
- Transfusión de plasma y plaquetas
- Administración de antibióticos semidirigidos en menos de 1h.

Discusión:

El código Sepsis suple a la manera tradicional de captar, tratar y atender a un paciente séptico, donde se prioriza la rapidez en la captación, estabilización y administración del tratamiento lo más adecuado posible, para evitar su entrada a UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) y aumentar la eficiencia sanitaria. Es fundamental que el personal sanitario esté formado en para actuar de la manera correcta.

A las 3h después de activar el código, se le realiza una colecistectomía percutánea urgente sin incidencias, mejorando clínica, hemodinámica y con tratamiento dirigido.

Conclusión:

La creación de equipos multidisciplinares de Código Sepsis resultan muy positivos para cualquier centro sanitario, ya que disminuye la morbilidad, las entradas a Unidades de cuidados críticos y por consecuente la disminución del gasto sanitario.

Bibliografía

1.- Vincent JL, Opal SM, Marshall JC, Tracey KJ. Sepsis definitions: time for change. Lancet. 2013;381(9868):774-5.

2.- Kaukonen KM, BaileyM, Pilcher D, Cooper DJ, Bellomo R. Systemic inflammatory response syndrome criteria in defining severe sepsis. N Engl J Med. 2015;372(17):1629-38.

3.- Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016;315(8):801-10.

4.- Seymour CW, Liu VX, Iwashyna TJ, Brunkhorst FM, Rea TD, Scherag A, et al. Assessment of clinical criteria for sepsis: for the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016;315(8):762-74.

5.- Shankar-Hari M, Phillips GS, Levy ML, Seymour CW, Liu VX, Deutschman CS, et al. Developing a new definition and assessing new clinical criteria for septic shock: for the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016;315(8):775-87.

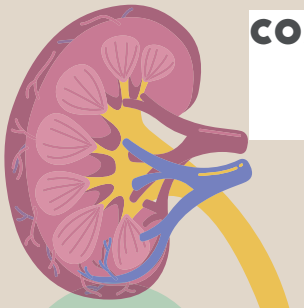
SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 47

Complicaciones más frecuentes del Acceso Vascular en el paciente en terapia de Diálisis y Tratamiento.

López de Mota de la Morena, Carmen María.
Carrasco Castellanos, Marta
Rolando Calle, Celia
López de Mota de la Morena, Abraham
de la Morena Aguirre, Francisca

COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES DEL ACCESO VASCULAR EN EL PACIENTE EN TERAPIA DE DIÁLISIS Y TRATAMIENTO.



AUTORA: LÓPEZ DE MOTA DE LA MORENA, CARMEN MARÍA.
1ª COAUTORA: CARRASCO CASTELLANOS, MARTA.
2ª COAUTORA: ROLANDO CALLE, CELIA.
3º COUATOR: LÓ PEZ DE MOTA DE LA MORENA, ABRAHAM.
4º COAUTOR: DE LA MORENA AGUIRRE, FRANCISCA.



SATSE CIUDAD REAL XIV CONGRESO INVESTIGACIÓN

1

INTRODUCCIÓN.

La hemodiálisis (HDL) no es cura a la ERC: (filtrado glomerular (FG) < 60ml/min/1,73m2.) pero si ayuda a disminuir la sintomatología, mejorando su calidad de vida y mejorando su morbi-mortalidad. Para ello necesitaremos un acceso vascular , centrándose este trabajo en las complicaciones más frecuentes del acceso vascular en el paciente en terapia de diálisis y su tratamiento.

2

OBETIVOS.

- General o principal: Analizar las complicaciones más frecuentes del acceso vascular en el paciente en sesión de HDL.

- Específicos o secundarios: (con tres suficiente).
  - Definir la ERC.
  - Determinar los factores descritos en la bibliografía asociados a complicaciones del acceso vascular y su prevención.

3

MATERIAL Y MÉTODOS.

o Criterios de inclusión: Artículos correspondientes entre 2018-2023. Artículos referentes a complicaciones en el acceso vascular y prevención del paciente en HDL y documentos evidenciados en idioma inglesa o española.
o Criterios de exclusión: Artículos donde no se mostraba el texto completo, artículos de interés no relacionados con el estudio y diferentes artículos en otros idiomas que no son lengua española o inglesa.

4

RESULTADOS.

La mayoría de las complicaciones precoces no suelen ser frecuentes y suceden de manera inmediata, durante o tras la implantación. Diferenciándose de las complicaciones tardías, en que estas : están directamente en relación con los cuidados y la funcionalidad del catéter, difiriendo en el tiempo desde su implantación, siendo una de sus consecuencias: la retirada de este, por lo que es fundamental su detección temprana y prevención. La complicación más frecuente : Infección.

PRECOCES.	TARDÍAS.
• Punción arterial. • Neumomediastino. • Acodamiento o rotura del catéter. • Neumotórax. • Hematoma retroperitoneal/perivascular. • Reacción a anestesia local. • Arritmia cardiaca. • Pseudoaneurisma venoso/arterial. • Reacción vasovagal. • Parálisis del nervio recurrente laríngeo. • Embolismo aéreo. • Taponamiento pericárdico.	• Trombosis venosa. • Infección del túnel o del orificio. • Estenosis venosa central. • Bacteriemia asociada al catéter. • Vaina de fibrina. • Migración de la punta del catéter causando disfunción o arritmia. • FAV.

Tabla 1. Complicaciones precoces y tardías que pueden darse tras la colocación del CVC. Fuente: Bibliografia 4

El tratamiento empírico para culminar dicha infección debe ser de amplio espectro para organismos grampositivos y gramnegativos, por vía intravenosa (IV) y una duración mínima 14-21 días incluso tras la retirada del CVC y en ausencia de complicaciones metastásica.
Antibióticos (ATB) recomendados en las sesiones de HDL por la revista de la Sociedad Española de Nefrología (SEN) :
Vancomicina, Gentamicina, Ceftazidima o Fortum , Cefazolina, Daptomicina, Piperacilina- Tazobactam.

5

CONCLUSIONES.

Análisis de las complicaciones más frecuentes en paciente en terapia de diálisis respecto a los CVC y la importancia del rol de enfermería, en esta sigue siendo una asignatura pendiente: la especialización, así como nuevos y futuros protocolos para la realización de la técnica que se van incorporando en la actualidad y bajo evidencia científica.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Clinicalmicrobiologyandinfection.com. [citado el 8 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198-743X(19)30655-X/fulltext
2. Etapas o estadios de la enfermedad renal [Internet]. American Kidney Fund. 2021 [citado el 8 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.kidneyfund.org/es/todo-sobre-los-rinones/etapas-o-estadios-de-la-enfermedad-renal
3. Accesos Vasculares Percutáneos: Catéteres [Internet]. Nefrologiaaldia.org. [citado el 8 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-accesos-vasculares-percutaneos-cateteres-326
4. Fístulas Arterio-Venosas para Hemodiálisis [Internet]. Nefrologiaaldia.org. [citado el 8 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-fistulas-arterio-venosas-hemodialisis-332
5. Enfermedad renal crónica. Kidneys and Urinary System [Internet]. 2012 [citado el 8 de junio de 2023]; Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/chronickidneydisease.html

Resumen: La hemodiálisis (HDL) no es la cura a la IR, pero ayuda a disminuir la sintomatología, mejorando su calidad de vida y mejorando su morbimortalidad. Se debe considerar la creación del acceso vascular en los casos con un filtrado glomerular estimado (FGe) de 15ml/min/1,73m 2 y una estimación para comenzar con terapia de diálisis de unos seis meses, para llevarla a cabo, se necesitará de un acceso vascular: el injerto arteriovenoso, la fistula arteriovenosa o el catéter venoso central. Nuestro tema a tratar: Las complicaciones más frecuentes del acceso vascular en el paciente en terapia de diálisis y tratamiento.

Palabras Clave: En dicha búsqueda se han utilizado las siguientes palabras claves incluidas en Medical Subject Headings (MeSH) o Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS)

- ''Vascular Access devices AND Kidney diseases AND prevention''

- ''Kidney AND diseases AND chronic"

- Dialysis OR enfermedad renal, enfermera OR diálisis, cuidados OR enfermedad renal, kidney transplantation, nurse AND kidney disease¨

Los términos booleanos de intersección utilizados entre sí han sido: OR y AND.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define: la función renal, como la encargada de filtrar desechos y excesos, excretándolos a través de la orina y la

Enfermedad Renal Crónica (ERC) como la pérdida que se produce de forma gradual sobre el funcionamiento renal impidiendo la excreción de desechos, es decir una alteración funcional o estructural renal persiste más de tres meses con filtrado glomerular (FG) < 60ml/min/1,73m2.

La hemodiálisis (HDL) no es la cura a la ERC, pero ayuda a disminuir la sintomatología, mejorando su calidad de vida y mejorando su morbimortalidad. Por lo que debemos de considerar la creación del acceso vascular en los casos con un filtrado glomerular estimado (FGe) de 15ml/min/1,73m 2 y una estimación para comenzar con terapia de diálisis de unos seis meses, para llevarla a cabo, se necesitará de un acceso vascular centrándose nuestro trabajo en las **complicaciones más frecuentes del acceso vascular en el paciente en terapia de diálisis y tratamiento.**

Objetivos:

• General o principal: Analizar las complicaciones más frecuentes del acceso vascular en el paciente en sesión de hemodiálisis

• Específicos o secundarios: (con tres suficiente).

- Definir la ERC.

- Determinar los factores descritos en la bibliografía asociados a complicaciones del acceso vascular y su prevención.

Material y Métodos:

• Las fuentes consultadas en base de datos son las siguientes: Pubmed (Medline),

Google Scholar, Science Direct y Cuiden. El resto de las fuentes científicas consultadas son provenientes de fuentes primarias para recoger información sobre la ERC y fuentes secundarias, guías de práctica clínica, revistas enfermeras como: Enfermería21.

Además, se halló información en la opinión de expertos del HGUCR como

nefrólogos con los que he trabajados en HDL.

· Criterios de inclusión: Artículos correspondientes entre 2018-2023.

Artículos referentes a complicaciones en el acceso vascular y prevención del paciente en HDL y documentos evidenciados en idioma inglesa o española.

· Criterios de exclusión: Artículos donde no se mostraba el texto completo, artículos de interés no relacionados con el estudio y diferentes artículos en otros idiomas que no son lengua española o inglesa.

Resultados:

COMPLICACIONES PRECOCES Y TARDÍAS RELACIONADAS CON LOS CATÉTERES VENOSOS.

Precoces:

• Punción arterial.

• Neumomediastino.

• Acodamiento o rotura del catéter.

• Neumotórax.

• Hematoma retroperitoneal/perivascular.

• Reacción a anestesia local.

• Arritmia cardiaca.

• Pseudoaneurisma venoso/arterial.

• Reacción vasovagal.

• Parálisis del nervio recurrente laríngeo.

• Embolismo aéreo.

• Taponamiento pericárdico.

Tardías:

• Trombosis venosa.

• Infección del túnel o del orificio.

• Estenosis venosa central.

• Bacteriemia asociada al catéter.

• Vaina de fibrina.

• Migración de la punta del catéter causando disfunción o arritmia.

• Infección.

La mayoría de las **complicaciones precoces** no suelen ser frecuentes y suceden de manera inmediata, durante o tras la implantación. Se relacionan con la punción- inserción del CVC y son las mencionadas anteriormente en nuestra tabla personalizada. Pueden prevenirse con un correcto procedimiento de inserción, siendo guiados ecográficamente y con una correcta monitorización del individuo durante el procedimiento, debiendo realizarse un estricto control por parte del personal de enfermería en las primeras horas tras el implante.

Diferenciándose de las **complicaciones tardías**, en que estas complicaciones están directamente en relación con los cuidados y la funcionalidad del catéter, difiriendo en el tiempo desde su implantación, siendo una de sus consecuencias: la retirada de este, por lo que es fundamental su detección temprana, desarrolladas a continuación, aclarando las más frecuentes para así poder diagnosticar a tiempo en la práctica clínica diaria, pudiendo incidir y prevenir mayores complicaciones futuras

• **Infección**.

Es la complicación que con más frecuencia se da y la que provoca mayor morbimortalidad. El riesgo de presentar bacteriemia es mucho más elevado en el paciente portador de CVC comparado con una FAV nativa.

TRATAMIENTO.

En el caso de tener ante nosotros una bacteriemia:

La prevención se basa en el método aséptico, tratando de que no haya complicaciones mayores. Ante la sospecha de infección por bacteriemia se realizará la extracción de hemocultivos (HC) previa a la pauta de un tratamiento empírico tanto de catéter, como de sangre periférica. Anotando la retirada del catéter inmediatamente si es una infección con asocie directo al CVC y cumple las siguientes características:

- Catéter venoso temporal.

- Posibilidad de shock séptico.

- Se aíslan microorganismos muy virulentos: S. Aureus, Pseudomonas o microorganismos multirresistentes.

- Bacteriemia o persistencia de fiebre en 2-3 días consecutivos tras inicio de tratamiento antibiótico.

El tratamiento empírico para culminar dicha infección debe ser de amplio espectro para organismos grampositivos y gramnegativos, por vía intravenosa (IV) y una duración mínima 14-21 días incluso tras la retirada del CVC y en ausencia de complicaciones metastásica.

Antibióticos (ATB) recomendados en las sesiones de HDL por la revista de la Sociedad Española de Nefrología (SEN):

Vancomicina, Gentamicina, Ceftazidima o Fortum , Cefazolina, Daptomicina, Piperacilina- Tazobactam.

Conclusiones:

- Las complicaciones más frecuentes en paciente en terapia de diálisis respecto a los CVC son: el mal funcionamiento del catéter por trombosis, la bacteriemia relacionada con el catéter, episodios hemorrágicos por los que se procede a la retirada de este, las infecciones incluidas del torrente sanguíneo relacionadas con el catéter contribuyendo a las morbi-mortalidad del paciente en terapia de diálisis.

- La importancia del rol de enfermería, esta sigue siendo una asignatura pendiente: La especialización, así como nuevos y futuros protocolos para la realización de la técnica que se van incorporando en la actualidad y bajo evidencia científica.

Bibliografía

1.- Clinicalmicrobiologyandinfection.com. [citado el 8 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198-743X(19)30655-X/fulltext

2.- Etapas o estadios de la enfermedad renal [Internet]. American Kidney Fund. 2021 [citado el 8 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.kidneyfund.org/es/todo-sobre-los-rinones/etapas-o-estadios-de-la-enfermedad-renal

3.- Accesos Vasculares Percutáneos: Catéteres [Internet]. Nefrologiaaldia.org. [citado el 8 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-accesos-vasculares-percutaneos-cateteres-326

4.- Fístulas Arterio-Venosas para Hemodiálisis [Internet]. Nefrologiaaldia.org. [citado el 8 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-fistulas-arterio-venosas-hemodialisis-332

5.- Enfermedad renal crónica. Kidneys and Urinary System [Internet]. 2012 [citado el 8 de junio de 2023]; Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/chronickidneydisease.html

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 48

Revisión bibliográfica: Complicaciones y tratamiento de la fístula enterocutánea.

Arteaga Carrasco, David
Fernández Izquierdo, María del Pilar
González Madrid, Pilar
Romo Gallego, Gema
Valero Hernández, Lidia
Barrilero Salcedo, María Luisa

REVISION BIBLIOGRAFICA: COMPLICACIONES Y TRATAMIENTO DE LA FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA

David Arteaga Carrasco, M.ª Pilar Fernández Izquierdo, Pilar González Madrid, Gema Romo Gallego, Lidia Valero Hernández, M.ª Luisa Barrilero Salcedo

INTRODUCCIÓN: Las fístulas enterocutáneas (FEC) se definen como la comunicación anormal entre el aparato gastrointestinal y la piel, con salida del contenido intestinal a través de la misma por un periodo mayor de 24 horas. El manejo de los pacientes con FEC precisa un manejo interdisciplinar en el que la enfermería tiene un papel muy importante ya que, además de ejecutar los prescrito por otros profesionales, somos los encargados de los cuidados de las heridas y el control del débito.

OBJETIVO: Actualizar conocimientos respecto a las complicaciones y el tratamiento de las FEC.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se hace revisión bibliográfica en las bases de datos PUBMED y CUIDEN con las palabras clave "fístula enterocutánea", "tratamiento" y "cuidados de enfermería". Se seleccionan las entradas en castellano publicadas desde 2003 a 2023 que se adecúan a complicaciones y tratamiento de las FEC.

RESULTADOS. Se seleccionan 11 publicaciones de las que extraemos lo siguiente:

Las FEC son una **complicación** estimada en entre el **0,8 y el 2% de las cirugías abdominales.**



Se recomienda que el **tratamiento inicial** sea **conservador** realizando los cuidados necesarios **buscando el cierre espontáneo** de la FEC.

Entre el **80-90%** de las **FEC** ocurren **tras** una **cirugía abdominal** especialmente si es urgente. El resto son consecuencia de EII, cáncer, diverticulitis o traumatismos



FACTORES DE RIESGO:
Malnutrición.
Inmunosupresion
Peritonitis
Insuficiencia renal
Cirrosis
Enf. Vascular mesentérica
Obesidad
Exposición quimio/radioterapia
Cirugía previa

COMPLICACIONES y TRATAMIENTO

La **SEPSIS** ocurre en la mitad de los casos y es la principal causa de mortalidad en pacientes con FEC. Se trata con antibioterapia, drenaje percutáneo o cirugía.

El **DESEQUILIBRIO HIDROELECTROLÍTICO** es más frecuente en fístulas con alto débito y se controlará con una buena monitorización analítica, control del débito y manejo de aportes.

La **DESNUTRICIÓN** es consecuencia de la pérdida cálorica y proteica a través del débito de la fístula. Además la sepsis produce un hipercatabolismo que lo agrava. El apoyo nutricional postquirúrgico de forma precoz disminuye la aparición de FEC independientemente de la vía de administración.

En cuanto al **CONTROL DE LA FÍSTULA** es importante **proteger la piel, canalizar, delimitar y cuantificar las pérdidas:**

Para ello precisaremos destreza en el manejo de **dispositivos colectores** y **productos especiales** para el **manejo de las heridas**. En ocasiones se puede tratar la fístula de **forma similar a un estoma**.







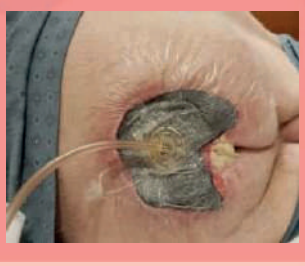








Una opción cada vez más usada es la colocación de un **dispositivo VAC** ya que favorece la perfusión y por tanto la cicatrización, reduciendo el edema y retirando el exudado al mismo tiempo que hace de barrera para la colonización bacteriana. Además proporciona mayor independencia, movilidad y comodidad al paciente.



La **somatostatina** es un fármaco usado para la disminuir la secreción de hormonas gastrointestinales y aumentar la absorción de agua y electrolitos lo que ayuda a reducir el gasto de la fístula aunque sobre su efectividad hay publicaciones con resultados opuestos.

¿ 

?

La constante emisión de heces, el difícil manejo de las heridas y el control del débito, las frecuentes las fugas y las consecuentes irritaciones cutáneas tienen un **IMPACTO PSICOLÓGICO NEGATIVO** en los pacientes respecto a su imagen corporal, su autoestima y la forma de socialización, afectando a la forma de vestir, su alimentación, el ocio, el trabajo y la sexualidad.

CONCLUSIONES:
Está muy documentado lo relacionado con la parte más médica de las complicaciones y el tratamiento de las FEC (sepsis, desnutrición, desequilibrio hidroelectrolítico...). Sin embargo, otras complicaciones más relacionadas con la enfermería como el difícil control del débito, las lesiones cutáneas o el impacto psicológico negativo tienen muy poca bibliografía publicada siendo además las complicaciones que más tiempo de atención precisan. Como enfermeros debemos investigar, publicar más y reforzar en nuestro trabajo diario el abordaje de éstas complicaciones dada la importancia que ello tiene para la calidad de vida de nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFIA:
1_Martinez-Ordaz JL, Luque-de-Leon E, Suarez-Moreno RM, Blanco-Benavides R. Fístulas enterocutáneas postoperatorias. Gaceta Médica México. marzo-abril 2003;139(2):144-51
2_Ramos Girona MR, Torner Hernandez I, Álvarez Galarza EM. Aplicacion de terapia V.A.C. en fístula enterocutánea de difícil manejo. Enfermería Integral. marzo de 2014;104:35-40
3_Zabala López I, Navarro Antón C, Layunta Acero R. Paciente con fistula enterocutánea e importante deterioro de la integridad cutánea. ROL de enfermería. 2019;42(4):10-5.
4_Paciente portadora de fístula enterocutánea crónica a modo de ileostomía, que presenta baja autoestima y deterioro de la integridad cutánea. Enfermería Dermat. 2017;11(31).
5_Caballera Vanegas C, Guerrero Ramirez M, Nieto Betancourt L. Cuidado de enfermería, factor fundamental para la evolución de las personas con fístulas enterocutáneas. Revista Cultura del Cuidado. 2021;18(2):41-51.

SATSE

Resumen: Las fístulas enterocutáneas aparecen sólo en un 0,8-2% de las cirugías abdominales, pero cuando aparece un caso tiene un gran consumo de tiempo y recursos enfermeros y también gran impacto en nuestros pacientes. Vemos necesario estar al corriente de la evidencia publicada más reciente respecto a las complicaciones y su tratamiento. Por tanto, en esta revisión bibliográfica recopilamos lo más importante respecto a complicaciones (sepsis, malnutrición, desequilibrio hidroelectrolítico, manejo integral de la fístula e impacto psicológico negativo) y su tratamiento.

Palabras Clave: Fistula enterocutánea, Terapéutica, Atención de enfermería

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Las fístulas enterocutáneas (FEC) se definen como la comunicación anormal entre el aparato gastrointestinal y la piel, con salida del contenido intestinal a través de la misma por un periodo mayor de 24 horas. El manejo de los pacientes con FEC precisa un manejo interdisciplinar en el que la enfermería tiene un papel muy importante ya que, además de ejecutar los prescrito por otros profesionales, somos los encargados de los cuidados de las heridas y el control del débito.

Objetivos:

Actualizar conocimientos respecto a las complicaciones y el tratamiento de las FEC.

Material y Métodos:

Se hace revisión bibliográfica en las bases de datos PUBMED y CUIDEN con las palabras clave “fístula enterocutánea”, “tratamiento” y “cuidados de enfermería”. Se seleccionan las entradas en castellano publicadas desde 2003 a 2023 que se adecúan a lo referente a las complicaciones y tratamiento.

Resultados:

En las últimas décadas ha habido grandes avances en el reconocimiento y control de la sepsis, el drenaje de abscesos, la administración de antibioterapia, el manejo hidroelectrolítico, el suplemento nutricional y el cuidado local de la piel, lo cual ha permitido un importante descenso de la mortalidad. Sin embargo, la morbi-mortalidad continúa muy elevada situándose a nivel mundial en el 6-20%. Además, la estancia hospitalaria suele ser prolongada y con alto consumo de tiempo de enfermería.

La incidencia se estima entre el 0,8% y el 2% de las cirugías abdominales, siendo las cirugías resectivas pancreáticas las que tienen mayores tasas.

Entre el 80-90% de las fístulas se desarrollan después de una cirugía abdominal siendo más frecuente en cirugía urgente. El resto son consecuencia de enfermedad inflamatoria intestinal, trauma, cáncer o diverticulitis.

Son factores de riesgo la malnutrición, inmunodepresión, peritonitis bacteriana, insuficiencia renal, cirrosis, enfermedad vascular mesentérica, la obesidad, exposición a quimio/radioterapia y la cirugía previa.

Las complicaciones más importantes son la sepsis, el desequilibrio hidroelectrolítico, la desnutrición, las derivadas del manejo del débito de la fístula y un impacto psicológico negativo.

La sepsis es como consecuencia de tejido necrótico que se infecta con la flora intestinal y estafilococos. Ocurre en más de la mitad de los pacientes y es la principal causa de muerte y de tratamiento quirúrgico. El control de la sepsis será con antibioterapia, drenaje percutáneo o cirugía. Se recomienda que el tratamiento inicial sea conservador, pero si la FEC permanece 2 meses después, el cierre espontáneo es improbable y debe plantearse el cierre quirúrgico.

Estará indicada la reintervención para el cierre de la FEC:

- Para el controlar la sepsis no abordable de otros modos.

- Cuando hay un mal pronóstico para el cierre espontáneo (por trayecto corto o epitelizado, oclusión distal...).

- Cuando hay un deterioro importante del paciente secundario al gasto de la fístula

- Si hay recurrencia de la fístula.

- En pacientes con más de 6 semanas con la FEC y con la sepsis controlada.

La desnutrición es como consecuencia de bajo aporte calórico, hipercatabolismo por sepsis y pérdida de proteínas por la fístula. El apoyo nutricional está recomendado de forma precoz antes del tercer día. En fístulas de bajo gasto será mejor tolerada la vía oral o la nutrición enteral, pero en otras ocasiones, más frecuentemente en fístulas de alto gasto, será necesaria la NPT por vía IV. Algunos estudios sitúan el promedio de la pérdida de peso en 8 kg.

El desequilibrio hidroelectrolítico es más frecuente en las fístulas de alto gasto (>500cc/día) y se controlará con una buena monitorización analítica, control del débito y manejo de aportes.

Para controlar las complicaciones derivadas del débito la fístula es importante proteger la piel, canalizar, delimitar y cuantificar las pérdidas. Para ello precisaremos destreza en el manejo de dispositivos colectores y el cuidado de heridas. Realizar estudios de imagen para describir la fístula nos permitirá saber si es más o menos probable el cierre espontáneo. Por ejemplo, defectos enterales pequeños (<1cm) y trayectos fistulosos largos (>2cm) y no epitelizados son condiciones que favorecen el cierre espontáneo.

Una opción cada vez más usada es la colocación de un dispositivo VAC ya que favorece la perfusión y por tanto la cicatrización, reduciendo el edema y retirando el exudado al mismo tiempo que hace de barrera para la colonización bacteriana. Además, proporciona mayor independencia, movilidad y comodidad al paciente.

La somatostatina es un fármaco usado para disminuir la secreción de hormonas gastrointestinales y aumenta la absorción de agua y electrolitos lo que ayuda a reducir el gasto de la fístula, aunque sobre su efectividad hay publicaciones con resultados opuestos.

El difícil manejo de las heridas y del control del débito, las frecuentes fugas y las consecuentes irritaciones cutáneas tienen un impacto psicológico negativo en los pacientes respecto a su imagen corporal, su autoestima y la forma de socialización, afectando a la forma de vestir, su alimentación, el ocio, el trabajo y la sexualidad.

Conclusiones:

Está muy documentado lo relacionado con la parte más médica de las complicaciones y el tratamiento de las FEC (sepsis, desnutrición, desequilibrio hidroelectrolítico...). Sin embargo, otras complicaciones más relacionadas con la enfermería como el difícil control del débito, las lesiones cutáneas o el impacto psicológico negativo tienen muy poca bibliografía publicada siendo además las complicaciones que más tiempo de atención precisan. Como enfermeros debemos investigar, publicar más y reforzar en nuestro trabajo diario el abordaje de estas complicaciones dada la importancia que ello tiene para la calidad de vida de nuestros pacientes.

Bibliografía

1.- Martinez-Ordaz JL, Luque-de-Leon E, Suarez-Moreno RM, Blanco-Benavides R. Fístulas enterocutáneas postoperatorias. Gaceta Médica México. marzo-abril 2003;139(2):144-51

2.- Ramos Girona MR, Torner Hernandez I, Álvarez Galarza EM. Aplicacion de terapia V.A.C. en fístula enterocutánea de difícil manejo. Enfermería Integral. marzo de 2014;104:35-40

3.- Zabala López I, Navarro Antón C, Layunta Acero R. Paciente con fistula enterocutánea e importante deterioro de la integridad cutánea. ROL de enfermería. 2019;42(4):10-5.

4.- Paciente portadora de fístula enterocutánea crónica a modo de ileostomía, que presenta baja autoestima y deterioro de la integridad cutánea. Enfermería Dermat. 2017;11(31).

5.- Caballera Vanegas C, Guerrero Ramirez M, Nieto Betancourt L. Cuidado de enfermería, factor fundamental para la evolución de las personas con fístulas enterocutáneas. Revista Cultura del Cuidado. 2021;18(2):41-51.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 49

Composición de la Leche materna durante la lactancia

Negrea, Alina Corina

COMPOSICIÓN DE LA LECHE MATERNA DURANTE LA LACTANCIA

NEGREA, ALINA CORINA

INTRODUCCIÓN

Según la OMS, la leche materna es el alimento de elección para el lactante durante los primeros seis meses de vida. Aporta grandes beneficios en el recién nacido sano a término pero sobretodo en los prematuros y niños enfermos.

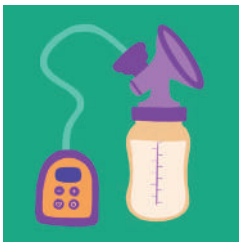
La composición de la leche materna está muy relacionada con el estado nutritivo de la madre, por lo que puede condicionar la salud del niño. Durante el embarazo y la lactancia materna aumentan las necesidades nutricionales de la madre y tanto los excesos como los déficit pueden repercutir en la calidad de la leche.

OBJETIVO

Analizar los componentes de la leche materna y su variación según la etapa de la lactancia materna que se encuentre.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: SciELO y Medline. Publicados entre 2019 y 2023. Analizando estudios descriptivos transversales y revisiones sistemáticas.





RESULTADOS

La composición de la leche materna es dinámica y va variando a lo largo de la toma, del día y a lo largo de la lactancia.

Según su composición, distinguimos cuatro tipos de leche materna:

- Leche pretérmino: se produce en el tercer trimestre.Tiene un contenido alto en proteínas y en inmunoglobulinas.
- Calostro: presente entre el 3-4° día del nacimiento. Es espeso, denso y de color amarillento. Es rico en inmunoglobulinas, proteínas y factores de crecimiento. Su producción diaria puede variar entre 2 y 20 ml.
- Leche de transición: su composición varía diariamente hasta alcanzar la composición de la leche madura.
- Leche madura: el 90 % de su composición es agua, y el 10 % restante lo componen la lactosa, la galactosa, la glucosa y otros carbohidratos

CONCLUSIÓN

La leche materna se considera la principal forma de alimentación en los lactantes los primeros seis meses de vida. Aporta al recién nacido todos los requerimientos nutricionales que necesita para su desarrollo y guarda una relación importante con el estado nutricional de las madres que es importante para el crecimiento y desarrollo del niño siendo capaz de modificarse para aportarle los requerimientos nutricionales que necesita en cada etapa.

Resumen: Según la OMS, la leche materna es el alimento de elección para el lactante durante los primeros seis meses de vida. Aporta grandes beneficios en el recién nacido sano a término, pero, sobre todo, en los prematuros y niños enfermos.

La composición de la leche materna está muy relacionada con el estado nutritivo de la madre, por lo que puede condicionar la salud del niño. Durante el embarazo y la lactancia materna aumentan las necesidades nutricionales de la madre y, tanto los excesos como los déficits, pueden repercutir en la calidad de la leche.

Palabras Clave: Leche Materna, Lactante, Nutrición

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La leche materna proporciona todos los nutrientes necesarios para el crecimiento y desarrollo del bebé, así como una variedad de factores inmunológicos que le confieren protección contra infecciones y enfermedades y promueven el desarrollo de su sistema inmunológico. También aporta factores de crecimiento que tienen un papel importante en el desarrollo adecuado de los órganos y tejidos del bebé.

Objetivos:

Analizar los componentes de la leche materna y su variación según la etapa de la lactancia materna que se encuentre.

Material y Métodos:

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: SciELO y Medline. Publicados entre 2019 y 2023. Analizando estudios descriptivos transversales y revisiones sistemáticas.

Resultados:

La composición de la leche materna es dinámica y va variando a lo largo de la toma, del día y a lo largo de la lactancia. Se adapta a las necesidades cambiantes del bebé a medida que crece. Las modificaciones en la leche tienen relación con la variación en las necesidades de los lactantes para su adecuado crecimiento. Según su composición, distinguimos cuatro tipos de leche materna:

• Leche pretérmina: es la leche que se produce en el tercer trimestre de gestación y tiene un contenido alto en proteínas y en inmunoglobulinas y bajo en lactosa. Ofrece, sobre todo, protección inmunológica importante para alimentar a los niños prematuros.

• Calostro: es la leche presente entre el tercer y cuarto día del nacimiento. Es espeso, denso y de color amarillento. Es rico en inmunoglobulinas, proteínas y factores de crecimiento. Su aporte calórico es de 67 kcal/100ml. Su producción diaria puede variar entre 2 y 20 ml.

• Leche de transición: es la leche que se produce desde el cuarto día de vida y dura quince días

aproximadamente. Su composición varía diariamente hasta alcanzar la composición de la leche madura. Es más líquida que el calostro, pero menos que la leche madura. Tiene más contenido de lactosa, grasa, calorías y vitaminas hidrosolubles que el calostro, pero disminuye la cantidad de proteínas, inmunoglobulinas y vitaminas liposolubles.

• Leche madura: es aquella que se produce a las dos semanas del parto. El 90 % de su composición es agua, y el 10 % restante lo componen la lactosa, la galactosa, la glucosa y otros carbohidratos. Su aporte calórico es de 75 kcal/100ml. La cantidad de proteínas es menor que en el calostro o la leche de transición.

La leche materna tiene una composición única ya que dispone de todos los nutrientes esenciales como las proteínas, grasas, hidratos de carbono, vitaminas y micronutrientes (vitamina C, E y A) y minerales como el selenio, el cobre o el zinc.

• El contenido en proteínas: se observa un descenso a medida que van pasando los meses de lactancia.

• Los niveles de cobre y zinc: se encuentran muy elevados en la etapa inicial de la leche o calostro debido a que el lactante necesita un mayor aporte de estos minerales para desarrollar el sistema inmunitario. Después van disminuyendo en la leche de transición y leche madura.

Según la OMS, tan solo el 40% de los lactantes de todo el mundo son alimentados con lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida. Esto conduce a la inadecuada incorporación de la alimentación complementaria que puede ser precoz o tardía y a menudo se inicia con alimentos de bajo contenido nutricional, pudiendo suponer un problema de malnutrición en el futuro.

Conclusiones:

La leche materna se considera la principal forma de alimentación en los lactantes los primeros seis meses de vida. Aporta al recién nacido todos los requerimientos nutricionales que necesita para su desarrollo y guarda una relación importante con el estado nutricional de las madres, que es importante para el crecimiento y desarrollo del niño siendo capaz de modificarse para aportarle los requerimientos nutricionales que necesita en cada etapa.

Bibliografía

1.- Suárez Rodríguez Marta, Iglesias García Violeta, Ruiz Martínez Pilar, Lareu Vidal Sonia, Caunedo Jiménez María, Martín Ramos Silvia et al. Composición nutricional de la leche materna donada según el período de lactancia. Nutrir hospital [Internet]. 2020 Dic [citado el 2023 Jun 10] ; 37(6): 1118-1122. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112020000800004&lng=es. Epub 08- feb-2021. https://dx.doi.org/10.20960/nh.03219.

2.- Martínez García Rosa María, Jiménez Ortega Ana Isabel, Peral-Suárez África, Bermejo Laura M, Rodríguez-Rodríguez Elena. Importancia de la nutrición durante el embarazo. Impacto en la composición de la leche materna. Nutrición Hosp. [Internet]. 2020 [citado el 10 de junio de 2023] ; 37 (spe2): 38-42. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112020000600009&lng=es. Epub 28- dic-2020. https://dx.doi.org/10.20960/nh.03355.

3.- Suarez-Villa Mariela, Carrero G Carmen, Granadillo M Víctor, Lastre Amell Gloria, Orostegui María Alejandra, Delgado D Francis. Niveles de cobre y zinc en diferentes etapas de la leche materna y la influencia del estado nutricional de las madres lactantes. Rdo. chile nutrir [Internet]. Octubre de 2019 [citado el 10 de junio de 2023]; 46(5): 511-517. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182019000500511&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182019000500511.

4.- Rodríguez Avilés DA, Barrera Rivera MK, Tibanquiza Arreaga L del P, Montenegro Villavicencio AF. Beneficios inmunológicos de la leche materna. RECIAMUC [Internet]. 1 feb. 2020 [citado 10 jun. 2023]; 4(1): 93-04. Disponible en: https://www.reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/440

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 50

Consumo de Alcohol durante el Embarazo y sus consecuencias

Negrea, Alina Corina

CONSUMO DE ALCOHOL DURANTE EL EMBARAZO Y SUS CONSECUENCIAS

Negrea, Alina Corina

INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol durante el embarazo puede tener graves consecuencias para la salud del feto. El alcohol atraviesa la placenta y llega al bebé, lo que puede interferir con su desarrollo normal y tener efectos a largo plazo en su salud. Por lo tanto, es recomendable que las mujeres embarazadas eviten por completo el consumo de alcohol durante el embarazo.

OBJETIVO

Analizar los efectos negativos del consumo del alcohol durante el periodo gestacional

METODOLOGÍA

Cinalh, SciELO y Cuiden y Medline. Publicados entre 2019 y 2023. Analizando estudios descriptivos transversales y revisiones sistemáticas.





RESULTADOS

La lesión cerebral a menudo se acompaña de rasgos faciales anormales, malformaciones congénitas y restricción del crecimiento fetal. Todos estos problemas se conocen colectivamente como Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal y tienden a ser problemas de por vida.

Para prevenir el síndrome del espectro alcohólico fetal, se debe abstener de beber alcohol incluso antes de iniciar el embarazo. Los profesionales de la salud de todo el mundo han estado modificando las pautas de práctica clínica para promover la evitación total del alcohol durante el embarazo, adhiriéndose al principio de precaución ya que no se ha determinado un nivel seguro de consumo de alcohol.

Algunos de los riesgos del alcohol en el feto son:

1. *Retraso en el desarrollo*: puede afectar el crecimiento del feto, incluyendo el tamaño de la cabeza, el peso corporal y la altura.
2. *Problemas de comportamiento y de aprendizaje*: puede afectar el cerebro en desarrollo del feto y aumentar el riesgo de problemas de comportamiento y de aprendizaje, así como trastornos de atención.
3. *Defectos físicos*: aumenta el riesgo de defectos físicos en el feto, como problemas cardíacos, problemas de visión, deformidades en las extremidades, entre otros.
4. *Aborto espontáneo y muerte fetal.*

CONCLUSIÓN

El consumo de alcohol durante el embarazo es una práctica de riesgo que puede tener graves consecuencias para la salud del feto. Dado que no hay una cantidad segura de alcohol que se pueda tomar durante el embarazo o mientras se esté tratando de quedar embarazada, es importante que se evite el alcohol por completo.

El nivel educativo es un factor influyente ya que las mujeres con bajo nivel educativo refieren en menor medida haber recibido asesoramiento sanitario sobre el tema.

Resumen: El consumo de alcohol durante el embarazo puede tener graves consecuencias para la salud del feto. El alcohol atraviesa la placenta y llega al bebé, lo que puede interferir con su desarrollo normal y tener efectos a largo plazo en su salud. Por lo tanto, es recomendable que las mujeres embarazadas eviten por completo el consumo de alcohol durante el embarazo.

Palabras Clave: Alcohol, Embarazo, Prevención

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La exposición prenatal al alcohol puede ocasionar daño cerebral permanente, pudiendo producir déficits cognitivos generalizados, anomalías motoras y trastornos del comportamiento, como dificultad para la autorregulación y dificultad para controlar el estrés y la depresión.

Objetivos:

Analizar los efectos negativos del consumo del alcohol durante el periodo gestacional.

Material y Métodos:

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Cinalh, SciELO y Cuiden y Medline. Publicados entre 2019 y 2023. Analizando estudios descriptivos transversales y revisiones sistemáticas.

Resultados:

La lesión cerebral a menudo se acompaña de rasgos faciales anormales, malformaciones congénitas y restricción del crecimiento fetal. Todos estos problemas se conocen colectivamente como Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal (FASD, por sus siglas en inglés), y tienden a ser problemas de por vida. El alcohol puede ser teratogénico a partir de las primeras semanas de embarazo, antes de que la mujer se dé cuenta de que está embarazada. Sus efectos epigenéticos también pueden contribuir a enfermedades cardiovasculares, disfunción endocrina y otros problemas de salud en la edad adulta. Además, la exposición prenatal al alcohol está asociada con un riesgo de aborto espontáneo y parto prematuro.

Es importante evitar el consumo de alcohol desde el inicio del embarazo, ya que su exposición en el periodo prenatal es la causa principal prevenible de defectos congénitos y discapacidades del desarrollo. Para evitar el síndrome del espectro alcohólico fetal, se debe abstener de beber alcohol incluso antes de iniciar el embarazo. Los sanitarios de todo el mundo han estado modificando las pautas de práctica clínica para promover la evitación total del alcohol durante el embarazo, adhiriéndose al principio de precaución ya que no se ha determinado un nivel seguro de consumo de alcohol.

Algunos de los riesgos que puede producir el alcohol en el feto son:

1. Retraso en el desarrollo: puede afectar el crecimiento del feto, incluyendo el tamaño de la cabeza, el peso corporal y la altura.

2. Problemas de comportamiento y de aprendizaje: puede afectar el cerebro en desarrollo del feto y aumentar el riesgo de problemas de comportamiento y de aprendizaje, así como trastornos de atención.

3. Defectos físicos: aumenta el riesgo de defectos físicos en el feto, como problemas cardíacos, problemas de visión, deformidades en las extremidades, entre otros.

4. Aborto espontáneo y muerte fetal.

Los efectos del alcohol en el desarrollo fetal son más perjudiciales durante el primer trimestre del embarazo, cuando se están formando los órganos vitales del bebé. Aproximadamente un 10% de las embarazadas de todo el mundo y mujeres en periodo de lactancia han consumido bebidas alcohólicas. Esto es debido en gran parte a la baja percepción del riesgo y a la falta de información sobre los efectos y los riesgos asociados al consumo de alcohol durante el embarazo.

Se ha comprobado que existen diferencias sobre la información recibida por parte de los profesionales sanitarios entre las mujeres embarazadas. Las diferencias sociales pueden influir en el contenido de la información recordada. Las mujeres con estudios universitarios enfatizaron que las matronas les habían aconsejado que no bebieran. Presuntamente, las mujeres con mayor nivel educativo son a menudo, mejor informadas sobre el tema por parte de sus matronas. Mientras que las mujeres con un nivel educativo menor destacaron porque recordaron haber recibido información diferente de sus matronas de la información correcta.

Las desigualdades sociales en cuanto a si se recibió algún tipo de consejo de salud sobre el consumo de alcohol, y el contenido específico de la información recordada, contribuyeron a diferentes interpretaciones. Por un lado, puede reflejar diferencias entre los individuos relacionadas con el nivel educativo en su capacidad para recordar los consejos de los profesionales sanitarios. También podría ser que las mujeres con mayor nivel educativo sean más proactivas en la recopilación de información sobre el cuidado de la salud.

Conclusiones:

El consumo de alcohol durante el embarazo es una práctica de riesgo que puede tener graves consecuencias para la salud del feto. Dado que no hay una cantidad segura de alcohol que se pueda tomar durante el embarazo o mientras se esté tratando de quedar embarazada, es importante que se evite el alcohol por completo.

El nivel educativo es un factor influyente ya que las mujeres con bajo nivel educativo fueron las que en menor medida declararon haber recibido asesoramiento sanitario sobre el tema.

Bibliografía

1.- Consumo de alcohol en mujeres embarazadas y lactantes: factores de riesgo y protección asociados Rev. Salud Pública. 24(2): 1-7, 2022 DOI: https://doi.org/10.15446/rsap.V24n2.94850

2.- Ahumada LA, Anunziata F, Molina JC. Consumo de alcohol durante el embarazo. Arch Argent Pediatr 2021;119(1):6-7.

3.- Fergie, L., Campbell, K. A., Coleman-Haynes, T., Ussher, M., Cooper, S., & Coleman, T. (2019). Identifying Effective Behavior Change Techniques for Alcohol and Illicit Substance Use During Pregnancy: A Systematic Review. Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine, 53(8), 769–781. https://doi.org/10.1093/abm/kay085

4.- Mendoza Ramón, Morales-Marente Elena, Palacios M. Soledad, Rodríguez-Reinado Carmen, Corrales-Gutiérrez Isabel, García-Algar Óscar. Consejos de salud sobre el consumo de alcohol en mujeres embarazadas en Sevilla (España). Gac Sanit [Internet]. 2020 Oct [citado el 2023 Jun 08] ; 34(5): 449-458. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112020000500008&lng=es. Epub 15- feb-2021. https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.11.008.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 51

Consumo de bebidas energéticas en jóvenes españoles

Torres Molina, Ángela
Palacios Díaz, Adrián

XIV CONGRESO DE INVESTIGACIÓN ENFERMERIA Y FISIOTERAPIA. "INVESTIGAR PARA AVANZAR"

Consumo de bebidas energéticas en jóvenes españoles

Introducción

Las bebidas energéticas o energizantes surgieron en 1987 en Austria bajo la marca Red Bull. Son bebidas no alcohólicas, que constan de carbohidratos, cafeína, taurina, vitaminas entre otros de sus muchos componentes.

Objetivos



- Conocer la prevalencia de consumo entre los jóvenes españoles.
- Analizar los factores asociados al consumo.
- Definir los hábitos de consumo.

Material y método

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos: Dialnet, Scielo y Google académico. Se utilizaron las palabras claves: "bebidas energéticas", "adolescentes" y "hábitos".
Los criterios de inclusión fueron: texto de acceso completo, escritos en español, publicados después de 2019. Se han seleccionado finalmente tres artículos incluidos en este trabajo.

Resultados

De media, los jóvenes españoles, consumen bebidas energéticas de manera habitual (al menos una vez a la semana) el 25,66% de los participantes en los estudios seleccionados.
Los motivos principales del consumo de bebidas energéticas, descritos por dichos estudios fueron:

- Les gustaba el sabor.
- Para mantenerse despierto más tiempo.
- Para mejorar el rendimiento físico.
- Para aumentar la concentración.

Los lugares de más consumo entre los jóvenes eran en sitios de ocio como en fiestas o a la hora de hacer deporte.
Además el consumo de bebidas energéticas se asocia a un mayor consumo de tabaco y de alcohol cuanto mayor es la edad del jóven.



Conclusiones

El consumo de bebidas energéticas entre los jóvenes es una práctica extendida. Coincidiendo en los motivos que les empujan a hacerlo. Y los lugares donde se suelen consumir son de ocio, como fiestas o bares. Sería recomendable campañas de concienciación sobre el efecto que pueden causar estas bebidas y su consumo reiterado.

Autores: Torres Molina, A.
Palacios Díaz, A.

Resumen: Las bebidas energéticas o energizantes surgieron en 1987 en Austria bajo la marca Red Bull. Son bebidas no alcohólicas, que constan de carbohidratos, cafeína, taurina, vitaminas entre otros de sus muchos componentes. Los jóvenes adolescentes españoles consumen de manera frecuente este tipo de bebidas, sobre todo en determinados contextos de ocio y los motivos por los que consumen se centran mayormente en mantenerse despiertos y aumentar la concentración.

Palabras Clave: Bebidas energéticas, Adolescente, Hábitos

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Las bebidas energéticas o energizantes surgieron en 1987 en Austria bajo la marca Red Bull. Son bebidas no alcohólicas, que se constan de carbohidratos, cafeína, taurina, vitaminas entre otros de sus muchos componentes.

Objetivos:

- Conocer la prevalencia de consumo entre los jóvenes españoles.

- Analizar los factores asociados al consumo.

- Definir los hábitos de consumo.

Material y Métodos:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos: Dialnet, Scielo y Google académico. Se utilizaron las palabras claves: "bebidas energéticas", "adolescentes" y "hábitos".Los criterios de inclusión fueron: texto de acceso completo, escritos en español, publicados después de 2019. Se han seleccionado finalmente tres artículos incluidos en este trabajo.

Resultados:

De media, los jóvenes españoles, consumen bebidas energéticas de manera habitual (al menos una vez a la semana) el 25,66% de los participantes en los estudios seleccionados. Los motivos principales del consumo de bebidas energéticas, descritos por dichos estudios fueron: Les gustaba el sabor, Para mantenerse despierto más tiempo, para mejorar el rendimiento físico, para aumentar la concentración.

Los lugares de más consumo entre los jóvenes eran en sitios de ocio como en fiestas o a la hora de hacer deporte. Además el consumo de bebidas energéticas se asocia a un mayor consumo de tabaco y de alcohol cuanto mayor es la edad del joven.

Conclusiones:

El consumo de bebidas energéticas entre los jóvenes es una práctica extendida. Coincidiendo en los motivos que les empujan a hacerlo. Y los lugares donde se suelen consumir son de ocio,

como fiestas o bares. Sería recomendable campañas de concienciación sobre el efecto que pueden causar estas bebidas y su consumo reiterado.

Bibliografía

1.- Cruz Muñoz V, Urquizu Rovira M, Valls Ibañez V, Manresa Domínguez JM, Ruiz Blanco G, Urquizu Rovira M, et al. Consumption of soft, sports, and energy drinks in adolescents. The BEENIS study. An Pediatr. 2020;93(4):242–50. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.01.004

2.- Pintor Holguín E, Rubio Alonso M, Grille Álvarez C, Álvarez Quesada C, Herreros Ruiz-Valdepenãs B. Prevalencia del consumo de bebidas energéticas, motivación y factores asociados en alumnos de Medicina: estudio transversal.. Rev Esp Nutr Humana y Diet. 2020;24(1):61–7. Disponible en: doi: 10.14306/renhyd.24.1.796

3.- Oliver Anglès A, Camprubí Condom L, Valero Coppin O, Oliván Abejar J. Prevalencia y factores asociados al consumo de bebidas energéticas en jóvenes de la provincia de Barcelona. Gac Sanit. 2021;35(2):153–60. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.08.013

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 52

Cribado de hipoacusia en el recién nacido

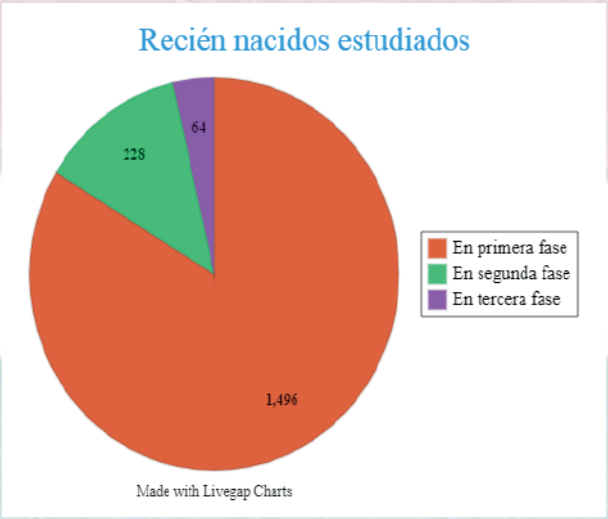
Sánchez-Elipe Muñoz, Almudena
Bastante Villaseñor, Raquel
Rodriguez López, Rosa María

CRIBADO DE HIPOACUSIA EN RECIEN NACIDOS

Sánchez-Elipe Muñoz A (DUE); Bastante Villaseñor R (DUE); ; Rodríguez López RM (DUE)

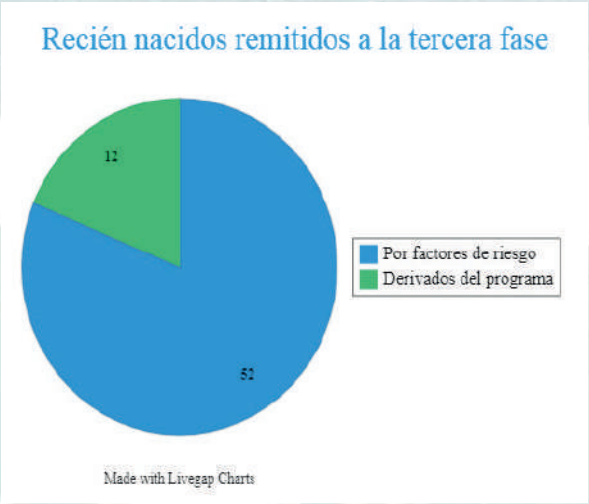
INTRODUCCIÓN

La hipoacusia es la alteración sensorial más frecuente en el ser humano. Se trata de un problema importante en la infancia, pues el desarrollo intelectual, emocional y social están relacionados con una correcta audición. Según la OMS la incidencia de hipoacusia neonatal es de 5 de cada 1000 nacidos vivos.
Para su detección precoz disponemos de dos técnicas sencillas: OEA (otoemisiones acústicas evocadas) que consiste en enviar sonidos al oído y recoger la respuesta que este devuelve ; y PEATC (potenciales auditivos de tronco cerebral) que evalúan la actividad vía auditiva desde el nervio auditivo en su extremo distal hasta mesencéfalo.



MATERIAL Y MÉTODO

El trabajo expuesto esta basado en un estudio transversal descriptivo en recién nacidos que se ha realizado OEA y PEATC.
El estudio se ha realizado de un total de 1554 recién nacidos, de los cuales 1496 pasan en primera fase, 228 en segunda fase, en estos casos se realizan OEA y en tercera fase 12 por no pasar las fases anteriores y 52 por factores de riesgo a estos se les realiza PEATC.
Se recogieron datos durante 12 meses. Se omite la fecha de recogida por la protección de datos.
El posterior análisis se realizo mediante el software informático SPSS.



OBJETIVO

Detectar precozmente la hipoacusia neonatal para mejorar el pronóstico y así tener la menor repercusión posible en el desarrollo biopsicosocial en la infancia.

CONCLUSIONES

Los resultados demuestran el alto porcentaje de recién nacidos que pasan el cribado en la primera fase.
De los niños que pasaron a tercera fase, sólo hay 1 caso de hipoacusia leve y 2 de moderada.
Después del estudio podemos afirmar la importancia que tiene una detección precoz ya que permite poder atajar el problema a una edad temprana y así favorecer el correcto desarrollo de los niños.
El papel de la enfermería es fundamental ya que realiza en cribado tanto de factores de riesgo así como la prueba de OEA, de ahí la importancia de un adecuado conocimiento y formación en ello.



BIBLIOGRAFÍA

- Programa detección precoz hipoacusia neonatal Castilla-La Mancha 2019
- González de Aledo Linos A, Bonilla Miera C, Morales Angulo C, Gómez da Casas F, Barrasa Benito J. Cribado universal de la hipoacusia congénita en Cantabria: resultados de los dos primeros años..An Pediatr (Barc), 62 (2005), pp. 135-40
- Tomás M, Benavente J.Detección de hipoacusias en niños..An Pediatr Contin, 2 (2004), pp. 56-8

SATSE

Resumen: Introducción: La hipoacusia es la alteración sensorial más frecuente en el ser humano. Para su detección precoz disponemos de dos técnicas: OEA (otoemisiones acústicas evocadas) y PEATC (potenciales auditivos de tronco cerebral).

Material y método: El trabajo expuesto está basado en un estudio transversal descriptivo en recién nacidos que se ha realizado OEA y PEATC. El estudio se ha realizado de un total de recién nacidos 1554.

Objetivo: Detectar precozmente la hipoacusia neonatal para mejorar el pronóstico.

Conclusión: Los resultados demuestran el alto porcentaje de recién nacidos que pasan el cribado en la primera fase.

Palabras Clave: Hipoacusia, Otoemisiones, Recién nacido

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La hipoacusia es la alteración sensorial más frecuente en el ser humano. Se trata de un problema importante en la infancia, pues el desarrollo intelectual, emocional y social están relacionados con una correcta audición. Según la OMS la incidencia de hipoacusia neonatal es de 5 de cada 1000 nacidos vivos.

Para su detección precoz disponemos de dos técnicas sencillas: OEA (otoemisiones acústicas evocadas) que consiste en enviar sonidos al oído y recoger la respuesta que este devuelve; y PEATC (potenciales auditivos de tronco cerebral) que evalúan la actividad vía auditiva desde el nervio auditivo en su extremo distal hasta mesencéfalo.

Material y Métodos:

El trabajo expuesto está basado en un estudio transversal descriptivo en pacientes que se ha realizado OEA y PEATC. El estudio se ha realizado de un total de 1554 recién nacidos, de los cuales 1496 pasan en primera fase, 228 en segunda fase, en estos casos se realizan OEA y en tercera fase 12 por no pasar las fases anteriores y 52 por factores de riesgo a estos se les realiza PEATC. Se recogieron datos durante 12 meses. Se omite la fecha de recogida por la protección de datos. El posterior análisis se realizó mediante el software informático SPSS.

Objetivo:

Detectar precozmente la hipoacusia neonatal para mejorar el pronóstico y así tener la menor repercusión posible en el desarrollo biopsicosocial en la infancia.

Conclusiones:

Los resultados demuestran el alto porcentaje de recién nacidos que pasan el cribado en la primera fase.

De los niños que pasaron a tercera fase, sólo hay 1 caso de hipoacusia leve y 2 de moderada.

Después del estudio podemos afirmar la importancia que tiene una detección precoz ya que permite poder atajar el problema a una edad temprana y así favorecer el correcto desarrollo de los niños.

El papel de la enfermería es fundamental ya que realiza en cribado tanto de factores de riesgo, así como la prueba de OEA, de ahí la importancia de un adecuado conocimiento y formación en ello.

Bibliografía

1.- Programa detección precoz hipoacusia neonatal Castilla-La Mancha 2019

2.- González de Aledo Linos A, Bonilla Miera C, Morales Angulo C, Gómez da Casas F, Barrasa Benito J. Cribado universal de la hipoacusia congénita en Cantabria: resultados de los dos primeros años..An Pediatr (Barc), 62 (2005), pp. 135-40

3.- Tomás M, Benavente J.Detección de hipoacusias en niños..An Pediatr Contin, 2 (2004), pp. 56-8

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 53

Cuidados de enfermería en el paciente con drenaje torácico.

Vázquez Rodríguez-Barbero, Inmaculada
Muñoz Camargo, Juan Carlos
Rubio Serrano, María Pilar
García Fernández, María Gema
Dan Dan Loredana, Claudia
Muñoz-Torrero Peña, Alicia

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON DRENAJE TORÁCICO.

Autores: Vázquez Rodríguez-Barbero I, Muñoz Camargo JC, Rubio Serrano MP, García Fernández MG, Dan Dan LC, Muñoz Torrero Peña A.

Unidad de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

INTRODUCCIÓN

El espacio pleural es el espacio entre el revestimiento interno y el revestimiento externo de los pulmones. El drenaje torácico es un procedimiento frecuente que consiste en la colocación de un tubo que se introduce en el espacio pleural para tratar las causar que provocan el colapso de los pulmones, que impiden una completa expansión de los mismos y un adecuado intercambio gaseoso.

Las principales indicaciones son:

- Aire que se escapa de los pulmones hacia el tórax (neumotórax).
- Hemorragias internas en el tórax (hemotórax) Efectos de una cirugía o de un trauma torácico (neumotórax o hemotórax) Presencia de abscesos o de pus en el tórax (empiema).
- Derrames secundarios a neumonía, absceso y bronquiectasias (derrame paraneumónico)
- Partículas grasas que generalmente proceden del conducto torácico (quilotórax)
- Derrames secundarios a neoplasias.



FUENTE INTERNET
DRENAJES TORÁCICOS
JAMA 2019;(8)322:792

El tubo torácico se introduce en el tórax, entre las costillas, para luego ser conectado a un recipiente estanco que contiene agua esterilizada. La succión se conecta a un sistema de vacío que estimula el drenaje. Permanecerá en su lugar hasta que las placas de rayos X muestren que ya no hay restos de sangre, fluido o aire en el tórax y que los pulmones se han expandido nuevamente por completo.

OBJETIVOS

- Determinar el papel de enfermería en la técnica de drenaje torácico.
- Protocolizar los cuidados enfermeros en el paciente sometido a drenaje torácico.
- Garantizar su correcto funcionamiento, prevenir y detectar las complicaciones que pueden aparecer con la técnica.

METODOLOGÍA

Se realiza una revisión bibliográfica en Medline Plus, Dialnet y Google Académico de los artículos publicados con las palabras claves: «drenaje torácico», «colapso pulmonar», «neumotórax», «hemotórax», «chest drain», «air outside the lung»; «pneumothorax» y «hemothorax»

Los criterios de selección fueron los textos completos en inglés y español, en los últimos 10 años.

RESULTADOS / CUIDADOS DE ENFERMERÍA

ANTES Y DURANTE LA INSERCCIÓN.

- Preparar material necesario:
  - Tubo torácico o Pleur-ecath
  - Sistema de drenaje cerrado.
  - Guantes y bata estéril.
  - Mascarillas.
  - Gasas y compresas estériles.
  - Desinfectante.
  - Jeringas.
  - Agujas.
  - Anestesia local.
  - Hoja de bisturí.
  - Mosquito.
  - Seda recta.
  - Apósitos para fijación del punto de inserción.
  - Tubos secos estériles y gasometría para toma de muestras.
  - Toma de aspiración, en caso necesario.
- Informar a la familia y/o al paciente de la técnica y las posibles complicaciones.
- Realizar una correcta higiene de manos.
- Verificar que tenemos un acceso venoso y si no canalizarlo previamente.
- Disponer de oxigenoterapia
- Colocar al paciente en la posición adecuada, según localización del drenaje:
  - Región axilar: decúbito lateral, opuesto al lado a realizar el drenaje, con el brazo en abducción, despejando la región axilar
  - Región posterior: paciente sentado, apoyando ambos brazos sobre una mesa y con leve encorvamiento del tronco; o en decúbito lateral con ligera inclinación hacia adelante
  - Región anterior: decúbito supino
- Desinfectar la zona, formando círculos alrededor del punto de punción.
- Administrar la medicación pautada.
- Colaborar con el facultativo durante la inserción.
- Oclusión del punto de punción con gasas o compresas y apósito estéril, evitando el acodamiento del tubo
- Verificar que el tubo no presente obstrucción, ni acodamiento
- En pacientes con derrames o neumotórax importantes se debe procurar que la aspiración sea lenta y progresiva.

POST- IMPLANTACIÓN.

- Control constantes vitales: tensión arterial, temperatura, frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria. Observar el color de la piel y mucosas. Aparición de sudoración, náuseas o síntomas como dolor torácico, disnea, fiebre, tiraje o taquicardia.
- Revisar las conexiones entre tubo y drenaje torácico.
- Mantener, siempre, el sistema de drenaje vertical y por debajo del nivel del tórax del paciente
- Observar la cantidad y características del líquido drenado. Anotar en la cámara recolectora, el nivel y la hora de medición.
- Revisar en caso de tener aspiración, si el sello burbujea y rellenarlo de agua destilada cuando disminuya.
- Cura diaria estéril y observación de la zona de punción. Al realizar la cura, evitar el acodamiento o compresión al colocar los esparadrapos
- Cabecero 30º
- Evitar tracciones y acodamientos con movilizaciones del paciente y traslados En caso de traslado: desconectar el sistema de aspiración y mantener el drenaje siempre por debajo del tórax del paciente. Se puede utilizar la Válvula de Heimlich
- Cuidados enfermeros para aseo y confort del paciente.
- Vigilar posibles complicaciones:
  - Hemorragia.
  - Obstrucción.
  - Infecciones
  - Recidiva del colapso pulmonar.
  - Salida de drenaje.
  - Expansión incompleta del pulmón.
  - Dolor.
  - Enfisema subcutáneo.
  - Arritmias cardiacas.
- Escribir cuidados de enfermería y observaciones realizadas y cualquier incidencia en Mambrino XXI
- Retirada del drenaje, según orden médica.
  - Informar al paciente del procedimiento.
  - Pinzar el tubo durante unas horas para valorar cualquier signo de dificultad respiratoria.
  - Realizar un control radiológico unas 2 h después de pinzar el tubo para determinar la expansión pulmonar
  - Administrar pauta analgésica.
  - Elevar cabecero.
  - Higiene de manos.
  - Preparar un campo estéril y retirarlo durante la espiración con guantes estériles.
  - Si el paciente está con ventilación mecánica, retirarlo durante la inspiración.
  - Vigilar complicaciones.

CONCLUSIONES

El insertar un drenaje torácico, es una técnica empleada en pacientes hospitalizados.

Es fundamental protocolizar los cuidados enfermeros para minimizar los riesgos de infección nosocomial asociados a esta técnica en la inserción, mantenimiento y retirada, proporcionando una asistencia rigurosa y de calidad basada en la evidencia científica.

BIBLIOGRAFÍA

1) Kirsch TD, Sax J. Tube thoracostomy. In: Roberts JR, ed. *Roberts and Hedges' Clinical Procedures in Emergency Medicine*. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2014; chap 10.
2) Gonzáles JA, Moreno A, Sánchez A. Derrame pleural. En: Julián Jiménez A (coord.). Manual de Protocolos y Actuación en URGENCIAS. 5ª ed. Hospital Virgen de la Salud. CHT: Complejo Hospitalario de Toledo; 2021.
3) Espigares MJ. Cuidados de enfermería en el paciente portador de drenaje torácico. Protocolo Hospital Universitario Virgen de las Nieves; 2021.
4) Vaz JA, Díaz A. Cuidados enfermeros al paciente portador de drenaje torácico. Metas Enferm. 2016;19(3):71-6.
5) Estrada JM, Falco M, Moreno C. Drenaje torácico cerrado. Procedimientos y cuidados de enfermería. Nursing. 2012;30(5):50-7.

Resumen: Se realizó una búsqueda bibliográfica de los cuidados de enfermería del paciente sometido a la técnica de drenaje torácico.

Los objetivos planteados son:

- ✓ Determinar el papel de enfermería en la técnica de drenaje torácico.
- ✓ Protocolizar los cuidados enfermeros en el paciente sometido a drenaje torácico.
- ✓ Garantizar su correcto funcionamiento, prevenir y detectar las complicaciones que pueden aparecer con la técnica.

Es fundamental protocolizar los cuidados enfermeros para minimizar los riesgos de infección nosocomial asociados a esta técnica en la inserción, mantenimiento y retirada, proporcionando una asistencia rigurosa y de calidad basada en la evidencia científica.

Palabras Clave: Drenaje, Neumotórax, Hemotórax

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El espacio pleural es el espacio entre el revestimiento interno y el revestimiento externo de los pulmones.

El drenaje torácico es un procedimiento frecuente que consiste en la colocación de un tubo que se introduce en el espacio pleural para tratar las causar que provocan el colapso de los pulmones, que impiden una completa expansión de los mismos y un adecuado intercambio gaseoso.

Las principales indicaciones son:

- ✓ Aire que se escapa de los pulmones hacia el tórax (neumotórax)
- ✓ Hemorragias internas en el tórax (hemotórax)
- ✓ Efectos de una cirugía o de un trauma torácico (neumotórax o hemotórax)
- ✓ Presencia de abscesos o de pus en el tórax (empiema).
- ✓ Derrames secundarios a neumonía, absceso y bronquiectasias (derrame paraneumónico)
- ✓ Partículas grasas que generalmente proceden del conducto torácico (quilotórax)
- ✓ Derrames secundarios a neoplasias.

El tubo torácico se introduce en el tórax, entre las costillas, para luego ser conectado a un recipiente estanco que contiene agua esterilizada. La succión se conecta a un sistema de vacío que estimula el drenaje

El tubo torácico permanece en su lugar hasta que las placas de rayos X muestren que ya no hay restos de sangre, fluido o aire en el tórax y que los pulmones se han expandido nuevamente por completo.

Objetivo:

▶ Determinar el papel de enfermería en la técnica de drenaje torácico.

▶ Protocolizar los cuidados enfermeros en el paciente sometido a drenaje torácico.

▶ Garantizar su correcto funcionamiento, prevenir y detectar las complicaciones que pueden aparecer con la técnica.

Material y Método:

Se realiza una revisión bibliográfica en Medline Plus, Dialnet y Google Académico de los artículos publicados con las palabras claves: drenaje torácico, colapso pulmonar, neumotórax, hemotórax, “chest drain” “

Los criterios de selección fueron los textos completos en inglés y español, en los últimos 10 años.

Resultados:

Cuidados antes y durante la inserción.

• Preparar material necesario:

· Tubo torácico o Pleur-ecath

· Sistema de drenaje cerrado.

· Guantes y bata estéril.

· Mascarillas.

· Gasas y compresas estériles.

· Desinfectante.

· Jeringas.

· Agujas.

· Anestesia local

· Hoja de bisturí.

· Mosquito.

· Seda recta.

· Apósitos para fijación del punto de inserción

· Tubos secos estériles y gasometría para toma de muestras

· Toma de aspiración, en caso necesario

• Informar a la familia y/o al paciente de la técnica y las posibles complicaciones.

• Realizar una correcta higiene de manos.

• Verificar que tenemos un acceso venoso y si no canalizarlo previamente.

• Disponer de oxigenoterapia

• Colocar al paciente en la posición adecuada, según localización del drenaje:

· Región axilar: decúbito lateral, opuesto al lado a realizar el drenaje, con el brazo en abducción, despejando la región axilar

· Región posterior: paciente sentado, apoyando ambos brazos sobre una mesa y con leve encorvamiento del tronco; o en decúbito lateral con ligera inclinación hacia adelante

· Región anterior: decúbito supino

• Desinfectar la zona, formando círculos alrededor del punto de punción.

• Administrar la medicación pautada.

• Colaborar con el facultativo durante la inserción.

• Oclusión del punto de punción con gasas o compresas y apósito estéril, evitando el acodamiento del tubo

• Verificar que el tubo no presente obstrucción, ni acodamiento

• En pacientes con derrames o neumotórax importantes se debe procurar que la aspiración sea lenta y progresiva.

Cuidados post-implantación

• Control constantes vitales: tensión arterial, temperatura, frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria. Observar el color de la piel y mucosas. Aparición de sudoración, náuseas o síntomas como dolor torácico, disnea, fiebre, tiraje o taquicardia.

• Revisarlas conexiones entre tubo y drenaje torácico.

• Mantener, siempre, el sistema de drenaje vertical y por debajo del nivel del tórax del paciente

• Observar la cantidad y características del líquido drenado. Anotar en la cámara recolectora, el nivel y la hora de medición.

• Revisar en caso de tener aspiración, si el sello burbujea y rellenarlo de agua destilada cuando disminuya.

• Cura diaria estéril y observación de la zona de punción. Al realizar la cura, evitar el acodamiento o compresión al colocar los esparadrapos

• Cabecero 30º

• Evitar tracciones y acodamientos con movilizaciones del paciente y traslados En caso de traslado: desconectar el sistema de aspiración y mantener el drenaje siempre por debajo del tórax del paciente. Se puede utilizar la Válvula de Heimlich

• Cuidados enfermeros para aseo y confort del paciente.

• Vigilar posibles complicaciones:

· Hemorragia.

· Obstrucción.

· Infecciones

· Recidiva del colapso pulmonar.

· Salida de drenaje.

· Expansión incompleta del pulmón.

· Dolor.

· Enfisema subcutáneo.

· Arritmias cardiacas.

• Escribir cuidados de enfermería y observaciones realizadas y cualquier incidencia en Mambrino XXI

• Retirada del drenaje, según orden médica.

· Informar al paciente del procedimiento.

· Pinzar el tubo durante unas horas para valorar cualquier signo de dificultad respiratoria.

· Realizar un control radiológico unas 2 h después de pinzar el tubo para determinar la expansión pulmonar

· Administrar pauta analgésica.

· Elevar cabecero.

· Higiene de manos.

· Preparar un campo estéril y retirarlo durante la espiración con guantes estériles.

· Si el paciente está con ventilación mecánica, retirarlo durante la inspiración.

· Vigilar complicaciones.

Conclusiones:

El insertar un drenaje torácico, es una técnica empleada en pacientes hospitalizados.

Es fundamental protocolizar los cuidados enfermeros para minimizar los riesgos de infección nosocomial asociados a esta técnica en la inserción, mantenimiento y retirada, proporcionando una asistencia rigurosa y de calidad basada en la evidencia científica.

Bibliografía

1.- Kirsch TD, Sax J. Tube thoracostomy. In: Roberts JR, ed. Roberts and Hedges' Clinical Procedures in Emergency Medicine. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2014; chap 10.

2.- Gonzáles JA, Moreno A, Sánchez A. Derrame pleural. En: Julián Jiménez A (coord.). Manual de Protocolos y Actuación en URGENCIAS. 5ª ed. Hospital Virgen de la Salud. CHT: Complejo Hospitalario de Toledo; 2021.

3.- Espigares MJ. Cuidados de enfermería en el paciente portador de drenaje torácico. Protocolo Hospital Universitario Virgen de las Nieves; 2021.

4.- Vaz JA, Díaz A. Cuidados enfermeros al paciente portador de drenaje torácico. Metas Enferm. 2016;19(3):71-6.

5.- Estrada JM, Falco M, Moreno C. Drenaje torácico cerrado. Procedimientos y cuidados de enfermería. Nursing. 2012;30(5):50-7.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 54

Cuidados de Enfermería en las Cesáreas Humanizadas

Piqueras Crespo, Lourdes
Núñez Sánchez-Migallón, Ana Belén
Lara Lozano, Elena
Moreno Delgado, Tania
García Muñoz López Menchero, Diana

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LAS CESÁREAS HUMANIZADAS

Lourdes Piqueras Crespo; Ana Belén Núñez Sánchez- Migallón; Elena Lara Lozano; Diana García- Muñoz López Menchero; Tania Moreno Delgado.

Introducción:

En los últimos años se ha incrementado el número de nacimientos por cesárea, y no hay que perder de vista que al final es una intervención quirúrgica con la gravedad y complicaciones que puede tener ya que es un proceso instrumentalizado que deja de lado la naturalidad del proceso de dar a luz.

De ahí surge la necesidad de humanizar este proceso, por eso la cesárea humanizada busca brindar una experiencia de parto más respetuosa, centrada en la mujer y en el recién nacido (RN).

A diferencia de la cesárea tradicional, en la que la experiencia se asemeja más a una cirugía convencional, la cesárea humanizada se enfoca en aspectos emocionales, físicos y de comunicación para proporcionar un entorno más cálido y familiar durante el nacimiento. Siendo el contacto piel con piel (CPP) considerado por la mayoría de los autores como la principal intervención a llevar a cabo una vez realizada la cesárea.

Objetivo:

- Unificar criterios de actuación por parte de los profesionales.
- Proporcionar el mayor confort y seguridad tanto para la mujer como para el bebé.
- Identificar las principales intervenciones a llevar a cabo, como por ejemplo el piel con piel.

Metodología:

•Se ha realizado una búsqueda sistemática en las bases de datos de enfermería y ciencias de la salud como PubMed, Scielo, y Cochrane.

•Se han usado como palabras claves las proporcionadas por el DeCS como: “Cesárea” (Cesarean Section); “Quirófano” (Operating room); “Recién Nacido” (Infant, Newborn); “Lactancia” (Lactation)

•Hemos incluido aquellos artículos y Guías de práctica clínica (GPC) posteriores al año 2017.

Resultados:

BENEFICIOS DE LA HUMANIZACIÓN EN LA CESÁREA	
CESÁREA TRADICIONAL	**CESÁREA HUMANIZADA**
Temperatura de quirófano: 20-22ºC. Complicación: hipotermia en el RN.	Temperatura de quirófano en torno a 25ºC.
Visión de la madre como paciente quirúrgica y al RN como obstáculo para el desarrollo de la cirugía.	Visión del nacimiento de forma holística, proporcionando un entorno cálido y familiar.
Se aleja al RN de la madre obstaculizando el piel con piel y por tanto el inicio de lactancia materna.	Se busca el contacto temprano de RN con la madre y así favorecer el piel con piel y el inicio de la lactancia materna.
Alteración de la monitorización de la madre, acceso venoso y mantenimiento de esterilidad al sostener al RN.	Se monitorizará a la madre con los electrodos en la espalda para evitar interferencias. Se colocará un arco de separación dejando espacio suficiente para el RN.
Facilidad de valoración por parte de pediatría del RN.	Dificultad de valoración por parte de pediatría del RN.

BENEFICIOS DEL CPP:

- Promueve una mejor adaptación fisiológica y psicológica, favoreciendo el inicio y desarrollo del vínculo afectivo entre madre y RN.
- En el RN mejora la oxigenación, su regulación térmica y disminuye el gasto energético. Favorece el inicio de la lactancia materna (LM)
- En la madre provoca un aumento de oxitocina y endorfinas que promueve la contracción del útero y la eyección del calostro. Reduce posibles problemas psicológicos del postparto.



Conclusión:

El CPP está reconocido como una práctica segura tanto en el paritorio como dentro de un quirófano. Debido a los numerosos beneficios que aporta el CPP lo más precozmente posible se recomienda realizar un protocolo en las unidades quirúrgicas para llevar a cabo esta práctica de la forma más segura posible sin dejar de lado que estamos en una situación de cirugía mayor y se necesita personal especializado y formado en este tipo de cuidado.

Resumen: El inicio del contacto piel con piel inmediatamente tras el parto ha ido cobrando relevancia a lo largo de estos últimos años debido a sus numerosos beneficios. Sin embargo, este solo se asociaba a partos por vía vaginal pero actualmente se está intentando llevar a cabo también durante las cesáreas cambiando el carácter de esta cirugía a un concepto más humanizado.

Palabras Clave: "Cesárea" (Cesarean Section) "Recién Nacido" (Infant, Newborn) "Lactancia" (Lactation)

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

En los últimos años se ha incrementado el número de nacimientos por cesárea, y no hay que perder de vista que al final es una intervención quirúrgica con la gravedad y complicaciones que puede tener ya que es un proceso instrumentalizado que deja de lado la naturalidad del proceso de dar a luz.

De ahí surge la necesidad de humanizar este proceso, por eso la cesárea humanizada busca brindar una experiencia de parto más respetuosa, centrada en la mujer y en el recién nacido (RN).

A diferencia de la cesárea tradicional, en la que la experiencia se asemeja más a una cirugía convencional, la cesárea humanizada se enfoca en aspectos emocionales, físicos y de comunicación para proporcionar un entorno más cálido y familiar durante el nacimiento. Siendo el contacto piel con piel (CPP) considerado por la mayoría de los autores como la principal intervención a llevar a cabo una vez realizada la cesárea.

Objetivo:

- Unificar criterios de actuación por parte de los profesionales.
- Proporcionar el mayor confort y seguridad tanto para la mujer como para el bebé.
- Identificar las principales intervenciones a llevar a cabo, como por ejemplo el piel con piel

Material y Método:

- Se ha realizado una búsqueda sistemática en las bases de datos de enfermería y ciencias de la salud como PubMed, Scielo, y Cochrane.
- Hemos incluido aquellos artículos y Guías de práctica clínica (GPC) posteriores al año 2017.

Resultados:

· El CPP se considera el periodo de tiempo inmediatamente posterior al parto en el que madre y recién nacido (RN) permanecen desnudos, en íntimo contacto entre sus cuerpos. Esto es uno de los principales objetivos que se busca en una cesárea humanizada.

Los beneficios del CPP son:

• Promueve una mejor adaptación fisiológica y psicológica, favoreciendo el inicio y desarrollo del vínculo afectivo entre madre y RN.

• En el RN mejora la oxigenación, su regulación térmica y disminuye el gasto energético. Favorece el inicio de la lactancia materna (LM)

• En la madre provoca un aumento de oxitocina y endorfinas que promueve la contracción del útero y la eyección del calostro. Reduce posibles problemas psicológicos del postparto.

La cesárea supone una interrupción de la transición normal a la vida extrauterina que supone el nacimiento del RN. Puede verse afectado el sistema respiratorio, la regulación térmica, frecuencia cardiaca, se encuentran menos alerta y receptivos lo que provoca dificultad para iniciar la LM.

Durante una cesárea tradicional el RN se separa de la madre y es llevado a paritorio a una cuna térmica o a veces se queda con el padre hasta que la madre sale de reanimación.

En las cesáreas humanizadas se propone iniciar lo más precozmente el CPP minimizando los efectos que supone esta intervención quirúrgica en el puerperio inmediato

En una cesárea tradicional las condiciones que se dan son:

• Temperatura de quirófano: 20-22ºC. Complicación: hipotermia en el RN.

• Visión de la madre como paciente quirúrgica y al RN como obstáculo para el desarrollo de la cirugía.

• Se aleja al RN de la madre obstaculizando el piel con piel y por tanto el inicio de lactancia materna.

• Alteración de la monitorización de la madre, acceso venoso y mantenimiento de esterilidad al sostener al RN.

• Facilidad de valoración por parte de pediatría del RN.

Sin embargo, en las cesáreas humanizadas se intenta favorecer el inicio del CPP con estas medidas:

• Temperatura de quirófano en torno a 25ºC

• Visión del nacimiento de forma holística, proporcionando un entorno cálido y familiar.

• Se busca el contacto temprano de RN con la madre y así favorecer el piel con piel y el inicio de la lactancia materna.

• Se monitorizará a la madre con los electrodos en la espalda para evitar interferencias.

• Se colocará un arco de separación dejando espacio suficiente para el RN.

• Dificultad de valoración por parte de pediatría del RN.

Para ejemplificar esto con un estudio, en el Servicio de ginecología y obstetricia del hospital Virgen de Macarena de Sevilla realizó un ensayo clínico aleatorio prospectivo sin cegamiento en 2019 en mujeres a las que le realizaron una cesárea. Se apreció una tendencia muy positiva en los periodos de llanto del recién nacido que realiza el piel con piel y mejor adaptación a la vida

extrauterina. La tasa de lactancia materna es más alta en la cesárea humanizada y se encontró una elevada significación estadística en la disminución de la sensibilidad del dolor, aumento de la contracción uterina y en la recuperación de los niveles maternos de hemoglobina plasmática al alta.

Conclusiones:

El CPP está reconocido como una práctica segura tanto en el paritorio como dentro de un quirófano. Debido a los numerosos beneficios que aporta el CPP lo más precozmente posible se recomienda realizar un protocolo en las unidades quirúrgicas para llevar a cabo esta práctica de la forma más segura posible sin dejar de lado que estamos en una situación de cirugía mayor y se necesita personal especializado y formado en este tipo de cuidado.

Bibliografía

1. Cerdán-Jimenez MD, Carballo-Aliseda MD, Analía Gómez-Fernández M, et al. Proceso de humanización de la atención a las cesáreas: instauración de un procedimiento para acompañamiento de las gestantes e inicio de la lactancia materna en quirófano. Musas, vol. 2, núm. 1 (2017): 42 – 56

2. Costa Romero M, Lalaguna Mallada P, Díaz GómezNM. Contacto piel con piel tras un parto por cesarea. Puesta al día y propuesta de actuación. Rev Esp Salud Pública. 2019; Vol. 93: 19 de febrero e1-10. Disponible en: www.msc.es/resp

3. Tessier España E, Camaño Gutiérrez I, Garcia Burguillo A. Cesárea humanizada. Prog Obstet Ginecol. 2017;56(2):73—78

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 55

Cuidados de Enfermería en la Mucositis Oral del paciente Oncológico

Moreno Delgado, Tania
García- Muñoz López- Menchero, Diana
Lara Lozano, Elena
Núñez Sánchez- Migallón, Ana Belén
Piqueras Crespo, Lourdes

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA MUCOSITIS ORAL DEL PACIENTE ONCOLOGICO

Tania Moreno Delgado; Elena Lara Lozano; Ana Belén Núñez Sánchez- Migallón; Lourdes Piqueras Crespo; Diana García- Muñoz López Menchero.

INTRODUCCIÓN

La mucositis/estomatitis oral es una reacción tóxica inflamatoria que afecta la mucosa del tracto gastrointestinal, provocando dolor intenso y una posible alteración en la alimentación y la comunicación verbal.

Es una de las principales complicaciones derivadas del tratamiento quimioterápico y radioterápico en el paciente oncológico, afectando a su calidad de vida. La frecuencia de la mucositis y su gravedad dependen del tipo, duración y dosis de la combinación de quimioterapia y radioterapia utilizada en el tratamiento. Supone un importante deterioro para la vida del paciente, ya que las ulceraciones generan un elevado dolor y dificultan la deglución, con todas las complicaciones que ello conlleva: administración de opiáceos, nutrición enteral a través de sonda nasogástrica y/o nutrición parenteral.



OBJETIVOS

- Determinar cuidados de enfermería efectivos para el tratamiento de la mucositis oral, dentro de las opciones terapéuticas disponibles.
- Asegurar un adecuado control del dolor asociado a la mucositis del paciente oncológico.
- Promover unos cuidados centrados en las necesidades del paciente oncológico.

METODOLOGÍA

Hemos llevado a cabo una búsqueda de literatura en bases de datos científicas (Pubmed, Cochrane) y buscadores como el servicio de la editorial Elsevier, utilizando como palabras claves: *mucositis "mucositis", enfermería "nursing" y cuidados de enfermería "patient-centered care".* Se han recopilado los artículos y han sido incluidos aquellos artículos posteriores al año 2017.

RESULTADOS

Antes de iniciar el tratamiento, como primer paso, es fundamental hacer una buena valoración de enfermería para determinar el grado de mucositis que presenta el paciente. Los tratamientos que pueden ser efectivos en la mucositis oral, son los siguientes:

HIGIENE BUCAL+ ENGUAJES

- Es el principal cuidado en los protocolos para la prevención de la mucositis oral en todos los grupos de edad y modalidades de tratamiento del cáncer.
- La evidencia científica abala el uso de enguajes con colutorios que contenga benzidamina (antiinflamatorio no esteroideo - AINE) siendo efectivos para aliviar los síntomas por la quimioterapia y la radiación en pacientes con cáncer de cuello y de cabeza. Sin embargo, los enjuagues con corticosteroides o los que contienen camomila poseen menor nivel de evidencia científica.

CRIOTERAPIA

- Consiste en la utilización de hielo en la cavidad bucal, provocando así vasoconstricción para reducir el flujo sanguíneo en la zona y disminuir las molestias por la mucositis.
- Se plantea este tratamiento como una técnica segura, sencilla y bien tolerada por los pacientes, con apenas efectos secundarios.

ANALGESIA

- La administración de opioides constituye una medida coadyuvante casi obligatoria en el paciente que presenta mucositis. Para asegurar un adecuado control del dolor se valorará el método de administración que mejor sea controlada por el paciente.

CONCLUSIONES

A pesar de que la mucositis oral, se presenta en la mayoría de pacientes que se someten a tratamiento antineoplásico, los estudios que existen de medidas efectivas contra esta complicación son muy limitados o con baja calidad científica. La evidencia señala:

- La Crioterapia es la opción terapéutica más efectiva. En pacientes que se someten a tratamiento quimioterápico y/o con el fármaco 5-Fluorouracilo es el mejor cuidado para llevar a cabo.
- Los enjuagues bucales con Benzidamina es la opción terapéutica más interesante a valorar en pacientes con cáncer localizados en cuello y cabeza que presentan mucositis derivada de la radioterapia.
- Los enjuagues bucales de Clorhexidina en pacientes con cáncer de cabeza y cuello que se someten a radioterapia poseen menor efectividad frente a los anteriores.

Resumen: La mucositis oral es una reacción inflamatoria que afecta la mucosa del tracto gastrointestinal, provocando dolor intenso y una posible alteración en la alimentación y comunicación verbal. Es una de las principales complicaciones derivadas del tratamiento quimioterápico y radioterápico en el paciente oncológico, afectando a su vida. La frecuencia y gravedad de la mucositis dependen del tipo, duración y combinación utilizada en el tratamiento. Supone un importante deterioro para la vida del paciente, ya que las ulceraciones generan dolor y otras complicaciones que el personal de enfermería debe conocer y saber manejar para mejorar el confort del paciente.

Palabras Clave: "Mucositis", "Nursing" y "Patient-centered care".

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La mucositis es una reacción inflamatoria que afecta a todo el tracto gastrointestinal desde la boca hasta el ano, aunque adquiere un mayor protagonismo a nivel del área orofaríngea. Es una complicación frecuente y a menudo debilitante del tratamiento del cáncer.

La frecuencia de la mucositis y su gravedad dependen del tipo, duración y dosis de la quimioterapia utilizada. En este sentido, los quimioterápicos mieloablativos están asociados con un riesgo de mucositis de 60-100%, mientras que la combinación de quimioterapia y radioterapia implica un riesgo de casi el 100%. Es una causa importante de morbilidad durante la terapia antineoplásica. Afecta a la calidad de vida del paciente ya que cursa con dolor intenso y úlceras que dificultan la alimentación, la deglución y la fonación. Asimismo se asocia a más días de fiebre, de alimentación parenteral, de administración de derivados opiáceos y a mayor riesgo de infecciones, que puede conducir a una infección sistémica (bacteriemia o fungemia), lo que representa una amenaza para la vida del paciente y su ingreso al hospital. Estas complicaciones pueden requerir la reducción o incluso la suspensión del tratamiento antineoplásico, con el riesgo de empeorar gravemente el pronóstico del paciente.

Una correcta higiene oral frecuente puede ayudar a reducir la aparición y controlar la gravedad de la mucositis, por lo que los profesionales de Enfermería deben proporcionar a los pacientes cuidados determinados según el grado de afectación de la mucosa oral con la finalidad de mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Estudios previos han asociado el estado de la cavidad bucal a la aparición de la mucositis, los factores de riesgo son: cavidad oral mal cuidada, patología dental y prótesis defectuosas que deberían ser solucionadas antes del inicio de la terapia.

Atendiendo a la clasificación de la mucositis ofrecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que la clasifica según su clínica y la capacidad del paciente para ingerir alimentos. En grados avanzados de mucositis (grados 3 y 4) esta afecta de forma grave a la ingesta oral: en grado 3 enfermería valoraría el paso a una dieta líquida, mientras que en el grado 4 las ulceraciones imposibilitan totalmente la alimentación, teniendo que valorar opciones como la nutrición enteral y parenteral.

Objetivo:

· Determinar cuidados de enfermería efectivos para el tratamiento de la mucositis oral, dentro de las opciones terapéuticas disponibles.

· Asegurar un adecuado control del dolor asociado a la mucositis del paciente oncológico.

· Promover unos cuidados centrados en las necesidades del paciente oncológico.

Material y Método:

Se planteó la pregunta: ¿Cuáles son los cuidados de enfermería más efectivos para la mucositis del paciente oncológico?

Se establecieron como criterios de inclusión: El tipo de estudio, los años de publicación (últimos cinco años) y el idioma (inglés y español)

Como criterios de exclusión se tuvo en cuenta: Haber estado en tratamiento con inhaladores compuestos por corticoides o en tratamiento por antibióticos por la posible influencia en el desarrollo de mucositis.

Se seleccionaron las siguientes fuentes de información: Fuentes terciarias (NICE, Guía Salud, Cochrane Library, BPIS de JBI), fuentes secundarias (Pubmed, Scielo, Cuiden) y otras (metabuscadores).

Resultados:

Tras el proceso de búsqueda bibliográfica se encontró lo siguiente con respecto a las posibles opciones terapéuticas a utilizar para el cuidado de la mucositis:

- Crioterapia: Consiste en la utilización de hielo en la cavidad bucal, provocando así vasoconstricción para reducir el flujo sanguíneo de la zona. Puede ser una opción económica e interesante de cara a citotóxicos administrados en bolo. La evidencia no lo señala como algo efectivo en citostáticos que se administra en perfusión continua.

- Anestésicos tópicos: En algunos protocolos se recomienda el uso de enjuagues con xilocaína y lidocaína viscosa en pacientes con dolor de mucositis agudo. No obstante, esto no está sustentado por ningún tipo de evidencia.

- Enjuagues bucales: Existe evidencia limitada de que los enjuagues con benzidamina HCL son efectivos para aliviar los síntomas de la mucositis por radiación en pacientes con cáncer de cuello y de cabeza. Por otra parte, tanto los enjuagues con corticosteroides como los que contienen camomila carecen de evidencia científica que respalden su utilización.

- Antisépticos: A pesar de que los enjuagues con clorhexidina son incluidos en la mayoría de profilaxis de la mucositis, los enjuagues con agua se mostraron igual de efectivos.

- Medidas farmacológicas: La administración de opioides constituye una medida coadyuvante casi obligatoria en el paciente que presenta mucositis oral.

Conclusiones:

La mucositis oral es una complicación secundaria del tratamiento de quimioterapia o radioterapia frecuente en los pacientes oncológicos.

El profesional de Enfermería juega un papel clave para evitar la alteración de las necesidades del paciente, promoviendo una buena higiene oral, aplicando las medidas necesarias para evitar el dolor y las infecciones en los pacientes afectados por mucositis. Los estudios que existen de medidas efectivas contra esta complicación son muy limitados o con baja calidad científica. La evidencia señala:

- La Crioterapia es la opción terapéutica más efectiva. En pacientes que se someten a tratamiento quimioterápico y/o con el fármaco 5-Fluorouracilo es el mejor cuidado para llevar a cabo.

- Los enjuagues bucales con Benzidamina es la opción terapéutica más interesante a valorar en pacientes con cáncer localizados en cuello y cabeza que presentan mucositis derivada de la radioterapia.

- Los enjuagues bucales de Clorhexidina en pacientes con cáncer de cabeza y cuello que se someten a radioterapia poseen menor efectividad frente a los anteriores.

Bibliografía

1.- Elad, S. et al., (2015) Basic oral care for hematology-oncology patients and hematopoietic stem cell transplantation recipients: a position paper from the joint task force of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer/International Society of Oral Oncology (MASCC. Support Care Cancer, 23(1), pp.223–36. Disponible en: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4328129&tool=pmcentrez&renderty e=abstract.

2.- McGuire, D.B. et al., (2016) Systematic review of basic oral care for the management of oral mucositis in cancer patients. Supportive Care in Cancer, 21(11), pp.3165–3177.

3.- Rodríguez-Caballero, A, Torres-Lagares, D, Robles-García, M, Pachón-Ibáñez, J, González-Padilla, D, Gutiérrez-Pérez, JL. Cancer treatment-induced oral mucositis: a critical review. Int J Oral Maxillofac Surg. 41. 225. Disponible en: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0901502711014664.

4.- Rubenstein EB, Peterson DE, Schubert M, Keefe D, McGuire D, Epstein J, et al. Clinical practice guidelines for the prevention and treatment of cancer therapy-induced oral and gastrointestinal mucositis. Cancer (Internet). 1 de mayo de 2014; 100(S9):2026-46.

5.- Mora-Montoya D, Gómez-García FJ, Yassin-Noreña L, Lopez Jornet P, Vicente-Ortega V. Evaluación de terapias alternativas en mucositis oral experimental. Av Odontoestomatol. 2016 Dec 1;32:291–300.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 56

Cuidados de enfermería en la terapia electroconvulsiva.

Ferreiro Tiemblo, Elena
Álvarez Hernández, César

XIV CONGRESO SATSE CIUDAD REAL

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

Elena Ferreiro Tiemblo. Enfermera especialista en Salud Mental. Complejo Asistencial Ávila
César Álvarez Hernández. Enfermero especialista en EFYC. Complejo Asistencial Ávila

INTRODUCCIÓN

- La Terapia Electroconvulsiva **(TEC)** es un tratamiento basado en la estimulación del Sistema Nervioso Central (SNC) a través de unos electrodos; con el objetivo de lograr una convulsión tónico clónica (1).
- Sus principales **indicaciones** son: esquizofrenia catatónica, trastornos depresivos mayores, trastorno bipolar, entre otros; cuando las terapias farmacológicas han fracasado (2).
- La terapia se realiza bajo anestesia, y suele resultar muy efectiva (2).
- La complejidad de la técnica junto con su creciente aplicación en la práctica clínica en los últimos años explican el **importante papel de las enfermeras en dicha técnica** (1).

OBJETIVOS

Revisión de bibliografía actual sobre cuidados de enfermería en la terapia electroconvulsiva

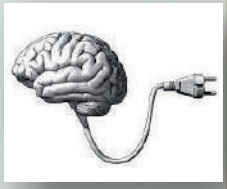
MATERIAL Y MÉTODO

BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA	
ScienceDirect	Pubmed
Scielo	Cochrane
Dialnet	Cuiden

CRITERIOS DE INCLUSIÓN
- Español / Inglés.
- Últimos 5 años.
- Artículos gratuitos a texto completo.

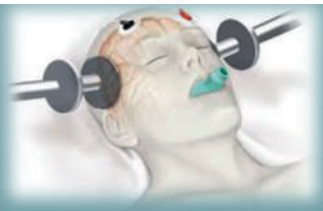
DeCS.
- Cuidados de enfermería.
- Terapia electroconvulsiva.

SE ENCUENTRAN 89. TRAS LECTURA CRÍTICA, SE SELECCIONARON 3 PARA ESTE TRABAJO



RESULTADOS

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA(2,3)



- Resolver dudas acerca de la terapia.
- Retirada de próstesis y joyas.
- Canalización de vía venosa periférica.
- Colocar protector dental y mordedor de lengua.
- Monitorización cardiaca.
- Preparar y administrar medicación prescrita durante anestesia.
- Administración de oxigenoterapia si precisa.
- Asegurar cumplimiento del ayuno, y evitar tratamientos que afecten al umbral convulsivo.
- Monitorización de constantes y vigilancia de las mismas durante todo el proceso.
- Impregnar en suero salino fisiológico o gel conductor gasas para colocarlas en la zona de aplicación de la corriente a modo de barrera para evitar quemaduras y favorecer la conducción
- Ayudar en la correcta colocación del paciente (decúbito supino con hiperextensión).
- Vigilar y tratar aparición de probables efectos secundarios (cefalea, nauseas, amnesia…)
- Probar tolerancia a alimentos.

CONCLUSIONES

- La TEC es una **técnica muy eficaz y segura** en determinados trastornos mentales graves, cuando fallan otras terapias (3).
- Sin embargo, **sigue existiendo cierta controversia** en cuanto a su utilización, debida sobre todo al desconocimiento existente alrededor de la misma (2).
- Lo cuidados de enfermería forman un papel fundamental tanto previamente al uso de esta técnica, durante y después; y su objetivo está focalizado en asegurar la tranquilidad y el bienestar del paciente, previniendo la aparición de complicaciones en la medida de lo posible (3).

BIBLIOGRAFÍA

1. Aviol Oliveros A, Delgado Dieguez R, Herraiz Martinez Y, Bernal Fradejas A, Martínez García Alcaide S, Barcelna Tambo T. Efectividad terapéutica y cuidados de enfermería en la terapia electroconvulsiva. Revista Sanitaria de Investigación.2021. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/efectividad-terapeutica-y-cuidados-de-enfermeria-en-la-terapia-electroconvulsiva/
2. Rlázaro Otero M. Revisión bibliográfica sobre la terapia electroconvulsiva. 2022. Disponible en: https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/25069/2022_MontesP.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Lezcano AE, Bergasa JC, Benito Ruiz E, Guerrero Fuentes P, Mora Fernández M, Collado Perez P. Terapia electroconvulsiva. De la técnica a la vivencia, proyecto de investigación. Revista Sanitaria de Investigación. 2022. Disponible en:https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8734936

Resumen: La terapia electroconvulsiva (TEC) está basada en la estimulación del Sistema Nervioso Central (SNC) a través de electrodos; para lograr una convulsión tónico-clónica. Se realiza bajo anestesia y suele ser muy efectiva en enfermedades como esquizofrenia, trastornos depresivos, entre otros; cuando otras terapias han fracasado1,2.

Las enfermeras tienen un papel indispensable en la TEC; por lo que se realiza una revisión bibliográfica para conocer los cuidados de enfermería en dicha técnica. Estos cuidados tienen que ver, sobre todo, con la monitorización de constantes vitales, el tratamiento farmacológico, y el bienestar del paciente; previniendo así la aparición de posibles complicaciones.

Palabras Clave: Cuidados de Enfermería, Terapia electroconvulsiva, Salud Mental.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La Terapia Electroconvulsiva (TEC) es un tratamiento basado en la estimulación del Sistema Nervioso Central (SNC) mediante electrodos para lograr una convulsión tónico clónica[1].

Sus principales indicaciones son: esquizofrenia catatónica, trastornos depresivos mayores, trastorno bipolar, entre otros; cuando las terapias farmacológicas han fracasado[2].

La terapia se realiza bajo anestesia, y suele resultar muy efectiva[2].

La complejidad de la técnica junto con su creciente aplicación en la práctica clínica en los últimos años explica el importante papel de las enfermeras en dicha técnica[1].

Objetivos:

Revisión de bibliografía actual sobre los cuidados de enfermería en la TEC.

Material y Método:

Se realiza una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos: Science Direct, Scielo, Medline a través de Pubmed, Cochrane, Dialnet y Cuiden. Los **criterios de inclusión** en la búsqueda fueron: Idiomas español e inglés, artículos de los últimos 5 años, y artículos con texto completo gratuito.

Se utilizaron los términos DECS/MESH: Cuidados de enfermería/ Nursing Care;Terapia electroconvulsiva/Electroconvulsive Therapy, Salud Mental/ Mental Health.

Inicialmente se encuentran 89 artículos. Se realiza una selección; haciendo un cribado inicial de lectura de títulos y una posterior lectura de resumen. Se hace una lectura crítica de los artículos seleccionados tras ello; y finalmente se incluyen 3 de ellos en esta revisión.

Resultados:

Los cuidados de enfermería en la TEC son los siguientes[2,3]:

- Resolver dudas acerca de la terapia.
- Retirada de próstesis y joyas.
- Canalización de vía venosa periférica.
- Colocar protector dental y mordedor de lengua.
- Monitorización cardiaca.
- Preparar y administrar medicación prescrita durante anestesia.
- Administración de oxigenoterapia si precisa.
- Asegurar cumplimiento del ayuno, y evitar tratamientos que afecten al umbral convulsivo.
- Monitorización de constantes y vigilancia de las mismas durante todo el proceso.
- Impregnar en suero salino fisiológico o gel conductor gasas para colocarlas en la zona de aplicación de la corriente a modo de barrera para evitar quemaduras y favorecer la conducción
- Ayudar en la correcta colocación del paciente (decúbito supino con hiperextensión).
- Vigilar y tratar aparición de probables efectos secundarios (cefalea, náuseas, amnesia…)
- Probar tolerancia a alimentos

Conclusiones:

La TEC es una técnica muy eficaz y segura en determinados trastornos mentales graves, cuando fallan otras terapias[3].

Sin embargo, aún existe cierta controversia en su uso, debido al desconocimiento existente alrededor de la misma[2].

Lo cuidados de enfermería forman un papel fundamental tanto previamente al uso de esta técnica, durante y después; y su objetivo está focalizado en asegurar la tranquilidad y el bienestar del paciente, previniendo la aparición de complicaciones en la medida de lo posible[3].

Bibliografía

1.-Aviol Oliveros A, Delgado Dieguez R, Herraiz Martinez Y, Bernal Fradejas A, Martínez García Alcaide S, Barcelna Tambo T. Efectividad terapéutica y cuidados de enfermería en la terapia electroconvulsiva. Revista Sanitaria de Investigación.2021. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/efectividad-terapeutica-y-cuidados-de-enfermeria-en-la-terapia-electroconvulsiva/

2.-Rlázaro Otero M. Revisión bibliográfica sobre la terapia electroconvulsiva. 2022. Disponible en: https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/25069/2022_MontesP.pdf?sequence=1&isAllowed=y

3.-Lezcano AE, Bergasa JC, Benito Ruiz E, Guerrero Fuentes P, Mora Fernández M, Collado Perez P. Terapia electroconvulsiva. De la técnica a la vivencia, proyecto de investigación. Revista Sanitaria de Investigación. 2022. Disponible en:https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8734936.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 57

Cuidados de Enfermería en las Principales complicaciones de la Hemodiálisis

Alcaraz García Beatriz
Ruiz Sánchez de León Fermín
Ruiz Sánchez de León Inmaculada Del Carmen
Arroyo Martínez Esther
González Segura Ana

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LAS PRINCIPALES COMPLICACIONES DERIVADAS DE LA HEMODIÁLISIS

SATSE

INTRODUCCIÓN:

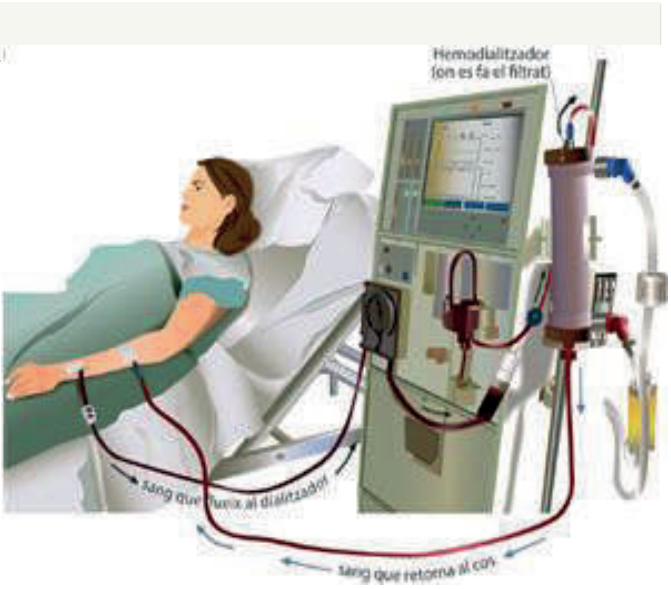
La Hemodiálisis es la técnica más utilizada en pacientes sometidos a depuración extrarrenal extracorpórea.

OBJETIVOS:

1. Conocer qué es la Hemodiálisis.
2. Descubrir las principales complicaciones asociadas a este proceso.
3. Desarrollar los cuidados de enfermería adecuados a cada una de esas complicaciones.

METODOLOGÍA:

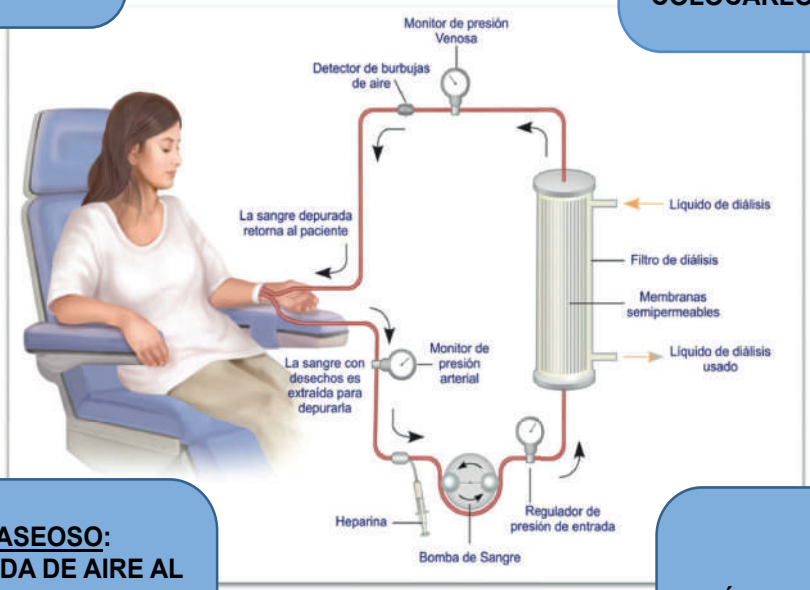
Revisión Bibliográfica sobre la Hemodiálisis mediante la consulta de artículos en bases de datos como PubMed, Cochrane, Cuideny en la Sociedad Española de Nefrología



RESULTADOS

1. <u>INFECCIÓN LOCAL:</u>
- REALIZAR LA TÉCNICA DE MANERA ASÉPTICA
- INSTRUIR AL PACIENTE EN MEDIDAS HIGIÉNICAS

2. <u>ALTERACIONES CARDIOVASCULARES</u> :
-SABER SI EL PACIENTE ESTÁ EN TRATAMIENTO CON HIPOTENSORES
-CONTROL HEMODINÁMICO
-COLOCARLO EN TRENDELEMBURG



3. <u>EMBOLISMO GASEOSO</u>:
-BLOQUEAR LA ENTRADA DE AIRE AL TORRENTE CIRCULATORIO
-COLOCAR AL PACIENTE EN TRENDELEMBURG
-ADIMINISTRAR O2 AL 100%
- REMONTAR LA TA

4. <u>SÍNDROME DE DESEQUILIBRIO</u>:
- INYECCIÓN INTRAVENOSA DE OSMOLARIDAD PLASMÁTICA

CONCLUSIONES

Es muy importante, y así está recogido en numerosos estudios, que los profesionales de enfermería estén atentos a cualquier manifestación o imprevisto que pueda suceder antes, durante o tras un proceso de hemodiálisis. La rápida actuación por parte de los enfermeros hará que las complicaciones tengan consecuencias menos graves y la salud de los pacientes se vea lo menos comprometida posible.

Autores: Beatriz Alcaraz Garcia
Fermín Ruiz Sánchez de León
Inmaculada del Carmen Ruiz Sánchez de León
Esther Arroyo Martínez
Ana González Segura

Resumen: La hemodiálisis es una técnica muy utilizada en aquellos pacientes sometidos a depuración extracorpórea. Para llevar a cabo este estudio, se diseñó un artículo de revisión bibliográfica, a través de varias bases de datos. Una vez elegidos los trabajos más relevantes se extraen las complicaciones más frecuentes que se producen al realizar la hemodiálisis. Al mismo tiempo, se dejan claros los cuidados de enfermería más importantes que se deben desarrollar en cada uno de los efectos.

Palabras Clave: Fístula, Catéter, Hemodiálisis

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La hemodiálisis es la técnica más utilizada en pacientes sometidos a depuración extrarrenal extracorpórea. Sin embargo, plantea un dato a tener en cuenta por los profesionales implicados en dicho procedimiento. No debe olvidarse, que esta circulación conlleva poner la sangre del paciente en contacto directo con materiales sintéticos, soluciones de diversa composición y agentes físicos que, en un momento determinado, pueden alterar dicha circulación extracorpórea.

Todas estas complicaciones pueden desembocar en graves problemas de salud de los enfermos; produciendo, la muerte del mismo. (1) (2)

Los profesionales de enfermería comportan una parte fundamental durante este procedimiento, ya que el papel que juegan durante este proceso está íntimamente ligado. Los enfermeros tendrán en sus manos la prevención, seguridad del paciente y la solución de las posibles complicaciones que puedan surgir durante la sesión de hemodiálisis.

Para ello, deberá preparar al enfermo para el proceso, la conexión, control de la hemodiálisis, desconexión y estabilidad del mismo justo antes de abandonar la sala de tratamiento hacia su lugar de origen. (3)

Es fundamental poner en conocimiento de los propios pacientes las posibles complicaciones que se pueden desencadenar durante todo el proceso, ya que ellos serán los primeros que podrán alertar sobre cualquier signo o síntoma que experimenten. Así también se va a poder disminuir los nerviosos y estados de ansiedad que genera enfrentarse a un nuevo procedimiento, el cual desconocen.

Objetivo:

- Conocer qué es la hemodiálisis y sus principales aplicaciones

- Descubrir las complicaciones más relevantes asociadas a este procedimiento.

- Desarrollar los cuidados de enfermería adecuados a cada una de las complicaciones asociadas.

Material y Método:

Este estudio se trata de una revisión bibliográfica, en la que los investigadores han consultado artículos relacionados con la Hemodiálisis. Para ello, han accedido a bases de datos como Pub-

Med, Scielo, Cochrane Library, MedLine y Cuiden. Otra fuente de la que también se obtuvieron conclusiones muy relevantes y provechosas; fueron las páginas oficiales de la Sociedad Española de Nefrología.

Resultados:

La hemodiálisis es un tratamiento terapéutico contrastado y expuesto a un gran número de complicaciones cuyo grado de incidencia va a depender de numerosos factores. Entre las principales complicaciones tenemos:

4.1. Complicaciones derivadas del acceso venoso:

4.1.1.Infección local:

Puede aparecer tanto en la fístula como en el orificio de entrada del catéter; debido a la mala higiene que pueda tener el paciente en su domicilio o por una mala técnica aséptica por parte del personal sanitario. Para ello, es primordial prevenir la infección. Con lo cual, se instruirá al paciente en los correctos cuidados de higiene en su domicilio, así como realizar una correcta medida aséptica en la conexión y desconexión. (4)

4.2. Complicaciones durante la diálisis:

4.2.1. Alteraciones cardiovasculares:

4.2.1.1.HTA debido al aumento excesivo de peso durante el periodo de interdiálisis. Una vez comprobado el exceso de TA, se informará al médico y seguidamente:

- Saber si el paciente está en tratamiento con hipotensores y si ha tomado su dosis correspondiente.
- Control hemodinámico del enfermo.
- Bajar la UF.
- Si la TA se normaliza, se revisarán los parámetros y continuar con la Hemodiálisis.

4.2.2. Embolismo gaseoso; el cual se produce por la entrada de aire al torrente circulatorio extracorpóreo. La actuación enfermera se basará en:

- Bloquear la entrada de aire al torrente circulatorio, pinzando la línea venosa.
- Colocar al paciente en Trendelenburng.
- Administrar O2al 100%.
- Remontar la TA.
- Extraer todo el aire del circuito extracorpóreo; por lo que se realizará un circuito cerrado.

4.2.3. Coagulación parcial o total del circuito extracorpóreo.

A los pacientes con Hemodiálisis, se les administra HBPM en el momento de conexión. Con esto se pretende evitar la coagulación de la sangre del enfermo durante su estancia en el circuito extracorpóreo. Para que esto no suceda:

- Se lavará el circuito con solución salina heparinizado.

• Comprobar si la coagulación afecta al dializador, ya que si esto sucede, se deberá cambiar por uno nuevo.

• Si la coagulación es total, se desconectarán todas las líneas (arterial y venosa) de paciente y se verá la permeabilidad de las agujas del catéter. (2) (4)

4.2.4.Síndrome de desequilibrio:

Es una complicación poco frecuente que aparece solamente en las primeras veces tras la diálisis. Lo normal es que suceda dentro de las 24-48horas.

Este síndrome está formado por una serie de trastornos del Sistema Nervioso.

• La mejor medida es prevenir la aparición en los pacientes nuevos. Las sesiones iniciales deben ser suaves e escaso tiempo y flujo disminuido.

• Si el síndrome se ha instalado, la actuación debe llevarse a cabo lo más pronto posible mediante la inyección intravenosa de osmolaridad plasmática. (1) (5)

Discusión y conclusión:

Es muy importante, y así está recogido en numerosos estudios, que los profesionales de enfermería estén atentos a cualquier manifestación o imprevisto que pueda suceder antes, durante o tras un proceso de hemodiálisis.

La rápida actuación por parte de los enfermeros hará que las complicaciones tengan consecuencias menos graves y la salud de los pacientes se vea lo menos comprometida posible.

Es cierto, que en numerosas ocasiones, dichas complicaciones se desencadenan a tal velocidad que los primeros síntomas y signos son prácticamente inapreciables.

Para que esto quede resaltado y no haya lugar a dudas, este estudio tiene la finalidad de poner de manifiesto las principales complicaciones o efectos derivados de la hemodiálisis y las principales actuaciones de enfermería en una determinada urgencia.

Bibliografía

1.- J Ibeas, R Roca-Tey. **“GUÍA CLÍNICA ESPAÑOLA DEL ACCESO VASCULAR PARA HEMODIÁLISIS”**. Enferm Nefrol 2018 Volumen 21/Suplemento I.

2.- **“Procedimientos y protocolos con competencias específicas para Enfermería Nefrológica”**. Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Aula médica, 2006.

3.- Fernández A, Gómiz E, Pulido JF, Arribas P. **“Cuidados de enfermería en Hemodiálisis”**. En: Jofré R, López Gómez JM, Luño J, Pérez García R, Rodríguez Benítez P. Tratado de Hemodiálisis. 2ª Ed. Barcelona: Editorial Médica JIMS SL, 2006: 331-332.

4.- Lorenzo Tapia F. **“Cuidados enfermeros en la Unidad de hemodiálisis”**. Málaga: Publicaciones Vértice; 2009: 125-126.

5.- Rojo M, Sánchez MS, Cepa H. **“Atención de enfermería durante la sesión de hemodiálisis”**. En: Alonso R, Pelayo R. Manual de enfermería nefrológica. Barcelona: Pulso ediciones. 2012: 165-190

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 58

Cuidados de Enfermería en los Catéteres Venosos Centrales

Redondo Culebras, Laura
Sobrino Martín, Alba
Rivera Cortina, Marina

XI Congreso SATSE 2023 Ciudad Real

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CATÉTERES VENOSOS CENTRALES



INTRODUCCIÓN

Los **catéteres venosos centrales** se insertan cuando un paciente necesita **acceso venoso durante un periodo prolongado** y permiten la administración intravenosa de **tratamientos farmacológicos complejos, productos sanguíneos y soporte nutricional** sin el trauma asociado a con la inserción repetida de agujas.

OBJETIVO

Determinar los cuidados del catéter venoso central para mantener su **correcto funcionamiento** y **prevenir complicaciones.**

METODOLOGÍA

Búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos:

Criterios de inclusión

- Tiempo de las publicaciones: 2014-2023
- Población de muestra: >18 años + todo tipo de CVC.
- Artículos que cumplen objetivo del estudio.

Criterios de exclusión

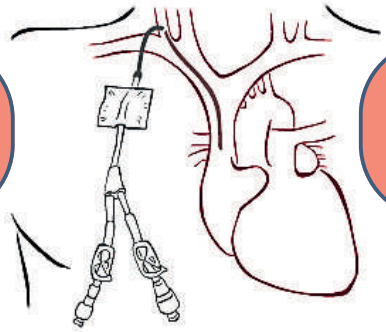
- Publicaciones anteriores al 2014
- Población de muestra: <18 años o insuficiente.
- Artículos en idiomas que no sean inglés o castellano.

RESULTADOS

El sitio de inserción idóneo es la **vena subclavia**, salvo contraindicación. (Timsit et al., 2020)

Los **apósitos de clorhexidina** reducen el riesgo de infeción frente a otros apósitos. (Ullman et al., 2015)

Los apósitos para catéteres **no** se deberán cambiar **antes del 7º día** salvo desprendimiento o contaminación. (Timsit et al., 2020)



Estos dispositivos tiene un intervalo de uso de **3 meses** (posible prolongación). Es importante el **lavado con heparina** entre usos. (Oh SB et al., 2021)

CONCLUSIÓN

Los catéteres venosos centrales son muy útiles en pacientes que necesiten tratamientos prolongados proporcionando un acceso venoso seguro y eficaz. Se ha demostrado que **siguiendo algunas pautas y haciendo un uso correcto** de estos dispositivos se consigue su mantenimiento en el tiempo; beneficiando así a la comunidad sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

Autoras:

- Redondo Culebras, Laura
- Sobrino Martín, Alba
- Rivera Cortina, Marina

Resumen: Introducción: Los catéteres venosos centrales desempeñan un papel importante proporcionando acceso vascular confiable durante un período prolongado de tiempo.

- Objetivos: determinar los cuidados de los catéteres venosos centrales para mantener su funcionamiento y prevenir complicaciones.

- Material y métodos: búsqueda bibliográfica en Pubmed, Cochrane Library y BVS cumpliendo criterios específicos.

- Resultados: varios estudios recogen los cuidados al usar catéteres venosos centrales; como el lugar de inserción idóneo, antiséptico de elección o intervalos de uso.

- Conclusión: es necesario unificar unos cuidados que sirvan para que la comunidad sanitaria haga un uso correcto de los catéteres venosos centrales.

Palabras Clave: Catéter Venoso Central, Sepsis del Catéter, Cuidados Enfermeros.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Los catéteres venosos centrales (CVC) desempeñan un papel importante proporcionando un acceso vascular confiable y un sitio para la monitorización de la presión venosa. Se insertan cuando un paciente requiere acceso venoso durante un período prolongado de tiempo, y permiten la administración intravenosa de tratamientos farmacológicos complejos, productos sanguíneos y apoyo nutricional sin el trauma asociado a inserciones repetidas de agujas.

Debido al procedimiento invasivo necesario para insertar un CVC y a la consiguiente rotura de la piel pueden surgir complicaciones. Una complicación grave son las infecciones del torrente sanguíneo relacionadas con el catéter. Numerosos estudios han calculado la incidencia de estas infecciones, siendo de entre 1 y 3,1 por cada 1000 días/paciente, principalmente en el entorno de las unidades de cuidados intensivos para adultos, pero se ha demostrado que las tasas disminuyen hasta cero tras la introducción de intervenciones que incluyen el lavado de manos y la antisepsia cutánea.

Hay que recordar que los CVC son objetos extraños que requieren que su componente externo esté adecuadamente protegido de la contaminación y fijado a la piel.

El propósito es abordar las cuestiones relacionadas con la gestión de los dispositivos de acceso vascular, basándose en los datos disponibles sobre la prevención, el diagnóstico y la gestión de las complicaciones relacionadas con los catéteres.

Objetivo:

• Objetivo principal: determinar los cuidados de los catéteres venosos centrales para mantener su correcto funcionamiento y prevenir complicaciones.

• Objetivos secundarios:

- Conseguir un acceso venoso seguro y eficaz.

- Unificar unos criterios de cuidados de los catéteres venosos centrales.

- Disminuir los efectos adversos que puede conllevar el mal uso de este dispositivo.

Material y Método:

La metodología empleada ha sido una búsqueda bibliográfica sobre los cuidados de enfermería en los catéteres venosos centrales, en diferentes bases de datos: PubMed, Cochrane Library y BVS.

Se usaron los Descriptores de Ciencias de la Salud y los operadores booleanos AND y OR obteniendo las siguientes combinaciones:

- Nursing cares and central venous catheters.

- Central venous catheters and skin infections.

- Nursing cares and catheter-related infections.

Criterios de inclusión:

- El tiempo de las publicaciones ha sido limitado desde 2014-2023.

- La población de muestra ha sido delimitada al adulto incluyéndose todo tipo de catéteres venosos centrales.

- Los idiomas seleccionados han sido inglés y castellano.

- La literatura elegida cumple el objetivo del estudio.

Criterios de exclusión:

- Publicaciones anteriores al año 2014.

- Artículos en un idioma distinto al inglés o castellano.

- Estudios con tamaño de muestra insuficiente.

- Literatura que no cumple el objetivo del estudio.

Resultados:

En cuanto a las complicaciones más frecuentes que tienen los catéteres venosos centrales, en el estudio de **Zhang et al**., se detectaron tres tipos de complicaciones en 13 pacientes: oclusión del catéter, malposición de la vena yugular interna y rotación de la cubierta del puerto. La oclusión del catéter fue la más frecuente y pudo detectarse en todos los grupos.

A pesar del estudio anterior, la infección es el principal efecto adverso de estos dispositivos y numerosos estudios han probado distintos métodos para combatirla.

Los CVC tienen distintos lugares de inserción; Timsit et al., ha demostrado en su estudio que para disminuir el riesgo de infección relacionada con el catéter venoso central, debe utilizarse la vena subclavia en lugar de la vena yugular o femoral, en ausencia de contraindicación (IC: 95%).

Ullman et al., demostró que los apósitos impregnados de clorhexidina pueden reducir la sepsis del catéter en comparación con los apósitos de poliuretano. Se basa en la disminución de las tasas de infección del torrente sanguíneo por 1000 días-paciente y la colonización de la punta del catéter.

Scheithauer S et al., también apoya el uso de la clorhexidina como principal antiséptico. En su estudio se observó una tasa global de sepsis del catéter significativamente menor en pacientes con vendaje que contenía clorhexidina [IC: 0,75-2,70] en comparación con pacientes con vendaje estándar (IC: 3,93-8,43).

Timsit et al., refleja que no deberían cambiarse antes del 7º día, excepto cuando el apósito se haya desprendido o contaminado de sangre. Se demostró que el riesgo de infección local o sistémica relacionada con el catéter, de lesiones cutáneas o de mortalidad no aumentaba con un intervalo de cambio de apósito más largo.

Oh SB et al., realizó un estudio en pacientes con cáncer de colon y concluyó que el acceso a intervalos de 3 meses y el lavado con heparina de las CVC tenían una tasa de mantenimiento del 98,9%, lo que indica que estos dispositivos pueden mantenerse durante más de 6 meses y reutilizarse en momentos de recaída.

Conclusiones:

Hoy en día existen gran cantidad de personas que necesitan tratamientos intravenosos continuos y prolongados en el tiempo, lo cual puede suponer un obstáculo en su recuperación.

Los catéteres venosos centrales son dispositivos muy útiles en este tipo de pacientes proporcionando un acceso venoso seguro y eficaz. Como ya hemos mencionado anteriormente, durante muchos años se han realizado estudios que apoyan el uso de estos debido a su fiabilidad y se han verificado las medidas que se han de tener en cuenta a la hora de manejarlos basándose en la evidencia científica.

Por ello, es necesario unificar una serie de cuidados que sirvan para que la comunidad sanitaria haga un uso correcto de ellos y se favorezca su mantenimiento en el tiempo.

Bibliografía

1.- Ullman AJ, Cooke ML, Mitchell M, Lin F, New K, Long DA, et al. Dressings and securement devices for central venous catheters (CVC). Cochrane Wounds Group, editor. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 11 de septiembre de 2015 [citado 15 de mayo de 2023];2019(9). Disponible en: http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD010367.pub2

2.- Timsit JF, Baleine J, Bernard L, Calvino-Gunther S, Darmon M, Dellamonica J, et al. Expert consensus-based clinical practice guidelines management of intravascular catheters in the intensive care unit. Ann Intensive Care. diciembre de 2020;10(1):118.

3.- Zhang Y, Zhao R, Jiang N, Shi Y, Wang Q, Sheng Y. A retrospective observational study on maintenance and complications of totally implantable venous access ports in 563 patients: Prolonged versus short flushing intervals. Int J Nurs Sci. julio de 2021;8(3):252-6.

4.- Scheithauer S, Lewalter K, Schröder J, Koch A, Häfner H, Krizanovic V, et al. Reduction of central venous line-associated bloodstream infection rates by using a chlorhexidine-containing dressing. Infection. febrero de 2014;42(1):155-9.

5.- Oh SB, Park K, Kim JJ, Oh SY, Jung KS, Park BS, et al. Safety and feasibility of 3-month interval access and flushing for maintenance of totally implantable central venous port system in colorectal cancer patients after completion of curative intended treatments. Medicine (Baltimore). 15 de enero de 2021;100(2):e24156.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 59

Cuidados de enfermería en pacientes con diabetes: síntomas, causas y factores que contribuyen a la hipoglucemia.

Rubira Rabadán, Patricia
Rodero Calero, Patricia
Ruiz Gómez-Pimpollo, Marta

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES DIABÉTICOS: CAUSAS Y FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA HIPOGLUCEMIA

Patricia Rubira Rabadán; Patricia Rodero Calero; Marta Ruiz Gómez-Pimpollo

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que la prevalencia mundial de la diabetes en adultos ha aumentado en los últimos años. La nutrición y la actividad física son fundamentales para un estilo de vida saludable en personas con diabetes. Es importante tomar conciencia sobre esta enfermedad, ya que podemos correr el riesgo de que, aunque no tengamos factores hereditarios, existen alimentos que, si son consumidos en exceso, pueden dar lugar a dicha patología. La prevención y los cuidados en la enfermería consisten en la enseñanza y educación para la salud respecto a hábitos saludables y al tratamiento de la diabetes.

OBJETIVOS

- Definir cuáles son los síntomas, causas y factores de que baja la concentración de glucosa en sangre.

- Explicar consejos para ayudar a prevenir la aparición diabetes e hipoglucemias

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una revisión bibliográfica, consultando diversas bases de datos como son: Pubmed, Biblioteca Cochrane y Google Académico.

RESULTADOS

La diabetes es una enfermedad crónica causada cuando el páncreas no produce suficiente insulina, que a la larga puede dañar importantes órganos, como corazón y riñones. La hipoglucemia es un nivel de glucosa inferior a 70 mg/dL y es una complicación frecuente en pacientes diabéticos que necesitan medicación para regular los niveles de la misma. Los síntomas de la hipoglucemia aparecen rápidamente y varían de una persona a otra .

Hipoglucemia leve a moderada: temblores o nervios, sudoración, hambre, dolor de cabeza, visión borrosa, somnolencia o cansancio, confusión o desorientación, descoordinación, irritabilidad o nerviosismo, argumentación combate, personalidad cambiante, desconcentración, debilidad, taquicardias o arritmias, mareo, aturdimiento, palidez.

→

Hipoglucemia severa: incapacidad para comer o beber, convulsiones, pérdida de conocimiento

→

Síntomas de hipoglucemia nocturna: llorar, tener pesadillas, sudoración. Cansancio, nerviosismo o confusión al levantarse.

La alimentación y el ejercicio físico constituye un pilar fundamental del tratamiento y prevención de la diabetes. Las recomendaciones deben adaptar a cada individuo para lograr los objetivos generales del tratamiento. En los diabéticos tipo 2 el principal objetivo es la reducción ponderal de la comida. Pero en pacientes con diabetes tipo 1, se debe a la destrucción autoinmunitaria de las células beta-pancreáticas (β) por lo que después del ejercicio anaeróbico, puede ocurrir la descompensación de la hiperglucemia. Otra prevención es llevar un control de los niveles de glucosa en la sangre, que se lleva a cabo con un medidor de glucosa. Las calorías de la dieta deberán ajustarse en función del índice de masa corporal y de la actividad física.

CONCLUSIONES

Es muy importante concienciar a la persona de controlar los niveles de glucosa en sangre, junto con una dieta equilibrada y actividad física regular, para reducir las complicaciones a corto y largo plazo de la enfermedad. Las enfermeras están involucradas en la educación, atención individualizada, seguridad del paciente, promoción del autocuidado, adquisición de habilidades físicas y apoyo psicológico, apoyar los cambios de comportamiento duraderos y animar al paciente a que sea consciente de su enfermedad. Se pretende conseguir alcanzar los objetivos terapéuticos adecuados de cada paciente, individualizando el tratamiento y sus objetivos y adaptándolos al entorno de cada uno. Es importante conocer que la falta de la hormona insulina puede causar una de las peores enfermedades metabólicas que desarrolla nuestro organismo y que los tratamientos actuales no curan, sino que mejoran el nivel de vida de estos pacientes y la conclusión es resaltar la importancia de aprender cómo vivir con la diabetes, no para la diabetes.



SATSE

Resumen: La diabetes es una enfermedad causada por los elevados niveles de glucosa en sangre, que puede tener graves consecuencias, como el coma diabético, complicaciones cardiovasculares, renales, oculares, cerebrales y de los miembros inferiores.

La hipoglucemia es el nivel bajo de glucosa en sangre que puede producirse por diversas causas multifactoriales.

Es importante llevar a cabo un control de la enfermedad para prevenir la aparición de complicaciones derivadas de la misma.

Palabras Clave: Control de la glucosa en la sangre; diabetes; hipoglucemia; prevención y enfermería.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que la prevalencia mundial de la diabetes en adultos ha aumentado en los últimos años. La nutrición y la actividad física son fundamentales para un estilo de vida saludable en personas con diabetes.

Es importante tomar conciencia sobre esta enfermedad, ya que podemos correr el riesgo de que, aunque no tengamos factores hereditarios, existen alimentos que, si son consumidos en exceso, pueden dar lugar a dicha patología. El objetivo general frente a la diabetes es evitar las descompensaciones de la glucemia en sangre, prevenir o retrasar la aparición de las complicaciones tardías de la enfermedad, disminuir la mortalidad y mantener una buena calidad de vida del humano.

La prevención y los cuidados en la enfermería consisten en la enseñanza y educación para la salud respecto a hábitos saludables y al tratamiento de la diabetes.

Objetivo:

- Definir cuáles son los síntomas, causas y factores de que baja la concentración de glucosa en sangre.

- Explicar consejos para ayudar a prevenir la aparición diabetes e hipoglucemias

Material y Método:

Se ha realizado una revisión bibliográfica, consultando diversas bases de datos como son: Pubmed, Biblioteca Cochrane y Google Académico. - Nursing cares and central venous catheters.

- Central venous catheters and skin infections.

- Nursing cares and catheter-related infections.

Resultados:

La diabetes es una enfermedad crónica causada cuando el páncreas no produce suficiente insulina, que a la larga puede dañar importantes órganos, como corazón y riñones, derivando en problemas de salud graves.

La hipoglucemia es un nivel de glucosa inferior a 70 mg/dL y es una complicación frecuente en pacientes diabéticos que necesitan medicación para regular los niveles de la misma.

Los síntomas de la hipoglucemia aparecen rápidamente y varían de una persona a otra en cuanto a variedad e intensidad de los mismos.

Los síntomas predominantes en la hipoglucemia leve a moderada son:

- Temblores o nervios.
- Sudoración.
- Hambre.
- Dolor de cabeza.
- Visión borrosa.
- Somnolencia o cansancio.
- Confusión o desorientación.
- Descoordinación.
- Irritabilidad o nerviosismo.
- Argumentación o combate.
- Conducta o personalidad cambiante.
- Problemas para concentrarse.
- Debilidad.
- Ritmo cardiaco rápido o irregular.
- Mareo o aturdimiento.
- Palidez.

Los síntomas que causa la hipoglucemia severa se enumeran a continuación:

- Incapacidad de comer o beber.
- Ataques o convulsiones (movimientos espasmódicos).
-Pérdida del conocimiento.

Algunos síntomas de hipoglucemia durante la noche son:

-Llorar o tener pesadillas.
-Sudar durante la noche.

- Cansado, nervioso o confundido después de levantarse.

Los pacientes que sufren hipoglucemias deben llevar un control estricto de su dieta, horario y distribución, ya que el objetivo es repartir equilibradamente la cantidad de glucosa ingerida a lo largo del día, y mantener un nivel regular de glucosa en el organismo. Las personas diabéticas deben seguir unas indicaciones bien estrictas del médico de forma regular y no saltarse u omitir las comidas, y aplicar las dosis de insulina en el momento y la medida adecuada.

Los factores que contribuyen a la hipoglucemia en la diabetes son:

- No comer suficientes carbohidratos.

- Saltar o retrasar alguna comida.

- Aumentar su actividad física.

- Beber demasiado alcohol sin haber comido suficiente.

- Estar enfermo.

La alimentación y el ejercicio físico constituye un pilar fundamental del tratamiento y prevención de la diabetes.

Las recomendaciones deben adaptar a cada individuo para lograr los objetivos generales del tratamiento. El paciente debe saber que la obesidad es una desventaja y es muy común en los diabéticos tipo 2 y, por tanto, el principal objetivo es la reducción ponderal de la comida. Pero en pacientes con diabetes tipo 1, se debe a la destrucción autoinmunitaria de las células beta-pancreáticas (β), con una negligencia metabólica, especialmente después de ejercicio anaeróbico, puede ocurrir la descompensación de la hiperglucemia. Otra prevención es llevar un control de los niveles de glucosa en la sangre, que se lleva a cabo con un medidor de glucosa.

Las calorías de la dieta deberán ajustarse en función del índice de masa corporal y de la actividad física que desempeñe diariamente. Todo paciente diabético debe conocer las técnicas básicas de autocontrol de su enfermedad y aprender las acciones básicas que deben realizar los pacientes, ante las incidencias más comunes como, cambios de horario, descompensaciones, hipoglucemias, enfermedades intercurrentes, con el fin de alcanzar el mayor grado de autonomía del paciente.

Conclusiones:

- Como se puede apreciar en los resultados la labor es concienciar a la persona de que controlar diariamente los niveles de glucosa en sangre, junto con una dieta equilibrada y actividad física regular, es fundamental para reducir las complicaciones a corto y largo plazo de la enfermedad.

- Las enfermeras están involucradas en la atención que incluye educación, atención individualizada, seguridad del paciente, promoción del autocuidado, adquisición de habilidades físicas y apoyo psicológico. Una función importante de la enfermería es apoyar los cambios de comportamiento duraderos y animar al paciente a que sea consciente de su enfermedad.

- Se pretende conseguir alcanzar los objetivos terapéuticos de los pacientes, así como una mayor implicación del equipo médico y los objetivos más adecuados de cada paciente, individualizando el tratamiento y sus objetivos y adaptándolos al entorno de cada uno.

- Es importante reflexionar sobre que la falta de la hormona como la insulina puede causar una de las peores enfermedades metabólicas que desarrolla nuestro organismo, pero también es importante tener en cuenta, que los tratamientos actuales no curan, sino que mejoran el nivel de vida de estos pacientes y la conclusión es resaltar la importancia de aprender cómo vivir con la diabetes, no para la diabetes.

Bibliografía

1-.Director Gerente, TOTALL Diabetes Hormone. Tratamiento para la Diabetes. Biblioteca Nacional deMAD edición de EE. UU. Institutos Nacionales de Salud. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4664938/

2.- Diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov

3- .Hipoglucemia, Azúcar baja en la sangre, NIH: Instituto Nacional de la Diabetes y las Enfermedades Digestivas y Renales, https://medlineplus.gov/spanish/hypoglycemia.html

4.- Diabetes mellitus y riesgo cardiovascular: recomendaciones del Grupo de Trabajo Diabetes y Enfermedad Cardiovascular de la Sociedad Española de Diabetes, Francisco Arrieta, https://www.ncbi.nlm.nih.gov

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 60

Cuidado de las Vías de Acceso Venoso en la UCI

Jiménez Hernández, Marta
Fernández Rodríguez, María de las Nieves

Cuidados de las vías de acceso venoso en la UCI

Marta Jiménez Hernández y María de las Nieves Fernández Rodríguez

Introducción



Catéteres venosos:
Dispositivos invasivos.

- Catéteres venosos centrales (CVC)
- Catéteres venosos periféricos (CVP)

- Bacteriemia primaria (BP) → ENVIN[1] tasa 22,7%
- Flebitis → INS[2] tasa 5,27%

[1]ENVIN: Estudio Nacional de Infecciones Nosocomiales
[2]INS: Intravenous Nursing Society

Objetivo

- Objetivo principal: recopilar reciente sobre el cuidado de CV.
- Objetivo especifico: Enseñar el correcto cuidado de los CV.

Metodología

Este trabajo es una recopilación bibliográfica explicativa. Las bases de datos utilizadas para la realización de este estudio son Elsevier, Scielo y el buscador del Google Académico.
También se buscó información de:

- Proyecto de bacteriemia Zero Proyecto de Flebitis Zero

Resultados

La Flebitis y la Bacteriemia aumentan tanto el riesgo de morbimortalidad en el paciente, como el tiempo de ingreso en la UCI dando a su vez como resultado un aumento en el costo hospitalario para los sistemas sanitarios creando los proyecto de Bacteriemia Zero y Flebitis Zero. Dichos proyectos crean las medidas reflejados en la Tabla 1. Otras medidas opcionales solo aplicadas en caso de tasa alta de BP son:

- CV con antimicrobianos
- Apósitos con clorhexidina
- Tapones con solución antiséptica
- Higiene del paciente diarios con clorhexidina
- Ecografía para la identificación de la posición del CVC: muy recomendable para evitar la recanalización constante.

En todas estas medidas es importante el equipo multidisciplinar para reducir las incidencia de IN.

Medidas	Recomendaciones
Educar, formar y dotar al personal.	Designando personal capacitado (Enfermería) y formándolo en los protocolos de uso de CV en la UCI.
Higiene de manos y técnica aséptica	Lavado correcto de manos ante la manipulación y uso de guantes.
Precauciones de máxima esterilidad	Uso de guantes estériles, bata, paños, mascarilla y gorro.
Preparación de la piel	Con solución de clorhexidina entre el 0,5 y 2% con impregnación alcohólica 70º antes de la cateterización.
Selección de catéteres y lugar de inserción	Se debe tener en cuenta el tiempo de uso, el objetivo de su uso, las posibles complicaciones (flebitis, neumotórax, infiltración...) y la experiencia en el manejo de estos. CVC → Vena subclavia CVP → MMSS y evitar flexuras
Apósitos de seguridad	Evitando las suturas
Mantenimiento del dispositivo	Higiene del catéter, limpieza de las luces con clorhexidina alcohólica 2%. Antes y después de su uso, tapones de presión positiva. Cambio de sistema a las 96h salvo: • Suciedad • Adm. sangre o hemoderivados/24h • Adm. de soluciones lipídicas/24h • Desconexión accidental. Bloqueo de luces con SF 9% precargado
Retirada de catéteres innecesarios	Comprobación diaria de los CV de su necesidad de uso y de signos de infección. CVP → Remplazo 72-96h.

Tabla 1: Medidas obligatorias para la reducción de las infecciones nosocomiales (IN) por CV.

CONCLUSIÓN

- . Existen medidas que disminuyen la incidencia de BP y la flebitis como son la formación del profesional, la higiene de manos, la elección en el punto de inserción, etc.
- Que los protocolos de Bacteriemia Zero y Flebitis Zero funcionan y son la clave a seguir para reducir de forma considerable las infecciones nosocomiales relacionadas con las BP y la flebitis.
- La importancia de todas estas medidas radica en formar a la enfermería que es la principal implicada en el cuidado de los CVC y CVP no solo en áreas como la UCI, sino también en otras partes del hospital

Resumen: Los catéteres venosos son dispositivos de uso sanitario para extracción sanguínea, administración de fluidos, drogas, etc. Este tipo de dispositivo se insertan en la piel para tener acceso a la venas de forma invasiva, por ello es fundamental el cuidado del punto de inserción para evitar complicaciones asociada a estos..

En el presente trabajo presentamos los cuidados que enfermería tiene que hacer para a la hora de insertar y curar los catéteres venosos para evitar dichas complicaciones y la importancia de estos.

Palabras Clave: UCI, CVC, Bacteriemia Zero

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Los catéteres venosos son dispositivos de uso sanitario para extracción sanguínea, administración de fluidos, drogas, etc. Este tipo de dispositivo se insertan en la piel para tener acceso a la venas de forma invasiva, por ello es fundamental el cuidado del punto de inserción para evitar complicaciones asociada a estos. Estos dispositivos tienen su uso más frecuenta en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Muchas de estas complicaciones pueden deberse a efectos mecánicos, pero también infecciosos, ya sean locales (flebitis: Inflamación venosa, mayoritariamente en catéteres venosos periféricos (CVP)) o generales (Bacteriemia nosocomial primaria (BP): colonización bacteriana en los vasos sanguíneos por la infección en el catéter detectada a través de un hemocultivo positivo, principalmente en catéteres venosos centrales (CVC)).

En España, un estudio realizado por el Estudio Nacional de Vigilancia de Infecciones Nosocomiales (ENVIN) en el periodo de 1 de abril al 30 de junio de 2022, concluyo que un 22,7% de los pacientes ingresados en la UCI parecieron una BP, representando el 1,5% de los pacientes infectados en ese periodo por BP convirtiéndose en la tercera infección nosocomial más frecuenta en las UCI según los estudios de ENVIN. La tasa de BP por CVC es de 3,51 episodios por 1000 días de CVC en ese periodo. En cuanto a las CVP, la prevalencia de flebitis es de un 5,27% según la Intravenous Nursing Society.

Objetivo:

- El objetivo principal del presente trabajo es hacer una recopilación de toda la información más reciente sobre el cuidado y el mantenimiento de los catéteres venosos y arteriales para el control de las complicaciones.

Como objetivo secundario es concienciar al personal de enfermería de la importancia del correcto cuidado de cualquier catéter venoso para evitar infecciones bacterianas que pueden poner en riesgo la salud del paciente.

Material y Método:

Este trabajo es una recopilación bibliográfica explicativa. Las bases de datos utilizadas para la realización de este estudio son Elsevier, Scielo y el buscador del Google Académico.

También se buscó información de:

- Proyecto de bacteriemia Zero (https://semicyuc.org/bacteriemiazero/)

- Proyecto de Flebitis Zero (http://flebitiszero.com/app/)

Resultados:

Las complicaciones anteriormente mencionadas hacen que aumente tanto el riesgo de morbimortalidad en el paciente, como el tiempo de ingreso en la UCI dando a su vez como resultado un aumento en el costo hospitalario para los sistemas sanitarios. Las complicaciones que la Sociedad Española de Medicina Intensiva Critica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC) y la Sociedad Española de Medicina Preventiva Salud Publica e Higiene han dado más importancia es a las BP en los pacientes ingresados en la UCI y a la Flebitis de los CVP.

Debido a la cantidad de casos que se daban en las UCIs de este tipo de complicaciones debido a las inserciones de CVC y CVP, las sociedades anteriormente descritas crearon los proyectos de "Bacteriemia Zero"(BZ) y de "Flevitis Zero"(FZ) que en conjunto son los llamados "Proyectos Zero".

Ambos proyectos fueron creados para reducir la incidencia de BP y flebitis. Debido a la pandemia del COVID-19 se comprobó que hubo un aumento en el número de pacientes que padecían de algún tipo de estos episodios, por lo que se decidió actualizar las recomendaciones añadiendo nuevas medidas y conservando las que ya estaban dado que en el periodo prepandemia habían dado buen resultado.

En este trabajo vamos a poner todas esas medidas en común, junto con medidas llevadas a cabo de por la Society of Critical Care Medicine (SCCM). Dichas medidas obligatorias, según la BZ, son las presentadas en la tabla:

• Educar, formar y dotar al personal

• Higiene de manos y técnica asepsia.

• Precauciones de máxima esterilidad en el caso de CVC o PICC (Catéteres centrales de inserción periférica)

• Preparación de la piel

• Selección de catéteres y lugar de inserción

• Apósitos en el lugar de punción o dispositivos de seguridad para el catéter

• Mantenimiento del dispositivo: intra y extraluminal

• Retirada de catéteres innecesarios o reemplazos

El proyecto de BZ también propone unas medidas opcionales que serían aplicadas en caso de la tasa alta de bacteriemia a pesar de usar las medidas anteriores. Estas seria:

1. Uso de catéteres con antimicrobianos

1. Apósitos con clorhexidina

2. Tapones con solución antiséptica en los conectores

3. Higiene del paciente diarios con clorhexidina

4. Ecografía para la identificación de la posición del CVC: aunque dicha evidencia es muy limitada como medida contra la BP, sí que es muy recomendable para evitar de esa manera la recanalización constante.

Es importante que todo el equipo multidisciplinar se forme con respecto a estas medidas para, de esta manera, cada uno con el papel que le corresponde, reducir la incidencia de BP en las UCI, y a ser posible, en todas las áreas del hospit

Conclusiones:

1. Existen medidas que disminuyen la incidencia de BP y la flebitis como son la formación del profesional, la higiene de manos, la elección en el punto de inserción, etc.

2. Que los protocolos de Bacteriemia Zero y Flevitis Zero funcionan y son la clave a seguir para reducir de forma considerable las infecciones nosocomiales relacionadas con las BP y la flebitis.

3. La importancia de todas estas medidas radica en formar a la enfermería que es la principal implicada en el cuidado de los CVC y CVP no solo en áreas como la UCI, sino también en otras partes del hospital.

Bibliografía

1.- LUTWICK L, AL-MAANI AS, MEHTAR S, MEMISH Z, ROSENTHAL VD ET ALL. MANAGING AND PREVENTING VASCULAR CATHETER INFECTIONS: A POSITION PAPER OF THE INTERNATIONAL SOCIETY FOR INFECTIOUS DISEASES. EN: INTERNATIONAL JOURNAL OF INFECTIOUS DISEASES. ELSEVIER; 2019. P. 22-9.

2.- ZARAGOZA R, RAMÍREZ P, LÓPEZ-PUEYO MJ. INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS. ENFERM INFECC MICROBIOL CLIN [INTERNET]. 2014;32(5):320-7. DISPONIBLE EN: HTTP://DX.DOI.ORG/10.1016/J.EIMC.2014.02.006

3.- González mc, casals xn, costa rg, garcia mp, bilbao nm. Estudio nacional de vigilancia de infección nosocomial en servicios de medicina intensiva. 2022.

4.- DE LOS SANTOS APOLINARIO RA. FACTORES ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES EN EL CUIDADO DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL DE LA UCI, HOSPITAL GENERAL DR. LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR 2021. [PENINSULA SANTA ELENA]: UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD CARRERA DE ENFERMERÍA; 2022.

5.- CASALS. XN. PROTOCOLO PREVENCIÓN DE LAS BACTERIEMIAS RELACIONADAS CON CATÉTERES VENOSOS CENTRALES (BRC) EN LAS UCI ESPAÑOLAS [INTERNET]. 2021. DISPONIBLE EN: HTTPS://SEMICYUC.ORG/BACTERIEMIAZERO/

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 61

Cuidados enfermeros de la mucosa bucal en el paciente crítico. Revisión bibliográfica.

Vázquez Rodríguez-Barbero, Inmaculada
Muñoz Camargo, Juan Carlos
Dan Dan, Loredana Claudia
Rubio Serrano, María Pilar
Muñoz-Torrero Peña, Alicia
García Fernández, María Gema

CUIDADOS ENFERMEROS DE LA MUCOSA BUCAL EN EL PACIENTE CRÍTICO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Autores: VÁZQUEZ RODRÍGUEZ-BARBERO I, MUÑOZ CAMARGO JC, DAN DAN LC, RUBIO SERRANO MP, MUÑOZ-TORRERO PEÑA A, GARCÍA FERNÁNDEZ MG.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL

INTRODUCCIÓN

Los pacientes en estado crítico a menudo experimentan síntomas como hambre, dolor, miedo, confusión, ansiedad y sed, que dada su idiosincrasia, en la mayoría de las ocasiones no pueden expresar. La sed, en particular, es un síntoma que tiene una gran prevalencia, intensidad e induce a la angustia, provocando sequedad bucal.

La xerostomía se debe a dispositivos, como el tubo endotraqueal, la sonda orogástrica que ocasionan que la boca permanezca abierta y además dificulta sus cuidados. Se acentúa cuando está indicada la restricción hídrica, la disminución de la salivación provocada por factores como la fiebre, diarrea, quemaduras y tratamiento con determinados fármacos como los sedantes. La sequedad bucal provoca mucositis oral, gingivitis, caries, placa dental, y colonización bacteriana en la boca y vía aérea lo que es un factor predisponente a la neumonía.

OBJETIVO

Revisar los artículos publicados sobre cuidados de enfermería de en la mucosa bucal en el paciente crítico, según la evidencia científica.

MATERIAL Y METODO

Se realizó una búsqueda bibliográfica con las palabras claves (nurs* care) and (oral mucosa*) and (critical patient) y cuidados de enfermería en la mucosa bucal de los pacientes críticos, en las bases de datos Pubmed, Cochrane, Epistemonikos y Google Académico.

Criterios de inclusión: Todos los artículos científicos publicados desde enero el 2018 hasta febrero del 2023, sin restricción de idioma.

Criterios de exclusión: Artículos no disponibles en Open Acces..

RESULTADOS

Los artículos seleccionados fueron 28, los cuales 22 fueron rechazados por título y resumen, 1 estaba duplicado, siendo seleccionados: 5

ESTUDIO	AUTORES	PUBLICACIÓN	DISEÑO / BASE DE DATOS	MUESTRA / INTERVENCIÓN	ASPECTOS TÉCNICOS	CONCLUSIONES
The Effects of Aloe vera-Peppermint (Veramin) Moisturizing Gel on Mouth Dryness and Oral Health among Patients Hospitalized in Intensive Care Units: A Triple-Blind Randomized Placebo-Controlled Trial.	Atashi V, Yazdannik A, Mahjobipoor H, Ghafari S, Bekhradi R, Yousefi H.	J Res Pharm Pract. 2018 Apr-Jun;7(2):104-110	Ensayo clínico controlado aleatorizado triple Ciego. PUBMED	80 pacientes fueron asignados aleatoriamente a un grupo de intervención usando el gel humectante Veramin y otro al grupo placebo para el cuidado bucal, durante 5 días sucesivos, respectivamente	Se recogieron los datos los días 1, 3 y 5 del estudio usando un cuestionario demográfico de características clínicas, la escala de Challacombe (evaluación de la sequedad bucal) y el Mucosal-Plaque Index (evaluación de la salud bucal).	El gel hidratante Veramin es efectivo para aliviar significativamente la sequedad bucal, previniendo la formación de placa dental y mejorando la salud bucal. Por lo tanto, se puede utilizar para mejorar los resultados del cuidado bucal en las UCI.
Symptom management to alleviate thirst and dry mouth in critically ill patients: A randomised controlled trial	Weiqing Z, Qiuying G, Yanting G, Yujin Z, Lín Z.	Australian Critical Care 35 (2022) 123e129	Ensayo Clínico controlado aleatorizado COCHRANE	61 pacientes en estado crítico fueron asignados al grupo experimental y al grupo control. Se utilizó una escala de valoración numérica de 0 a 10 para valorar la sed y la Escala Objetiva de la Mucosa Oral (OOMS) usada en China evaluar las condiciones de hidratación de la mucosa oral	Las intervención al grupo experimental fueron los aerosoles de vitamina C, el enjuague bucal con agua de menta y un humectante labial, durante 3 días, mientras que los grupo control fueron intervenciones placebo, aerosols con solución salina, enjuague bucal con agua a 40º C y humedecer los labios con agua.	El paquete de intervención utilizado en este estudio demostró ser un enfoque prometedor que puede aliviar la intensidad de la sed y la sequedad de la boca, que son muy angustiantes para los pacientes en estado crítico.
The Effect of Professional Oral Care on the Oral Health Status of Critical Trauma Patients Using Ventilators.	Choi MI, Han SY, Jeon HS, Choi ES, Won SE, Lee YJ, Baek CY, Mun SJ.	Int J Environ Res Public Health. 2022 May 19;19(10):6197.	Ensayo clínico comparativo no aleatorizado PUBMED	Cincuenta y siete pacientes politraumatizados con ventilación mécanica en una fueron ingresados en un Hospital de tercer nivel	Durante 5 días, el higienista dental realizó un cuidado de la higiene profesional cada 24 h junto con cuidado de higiene oral de rutina cada 8 h para al grupo experimental (29), mientras que al grupo control solo se le realizaron una higiene oral de rutina (28). El estado de salud oral se evaluó mediante un examen oral de cabecera modificado.	Este estudio confirma la importancia del cuidado de la higiene bucal profesional en la mejora de la salud bucal.
Evaluation of oral changes and modification of the oral microbiome in patientsadmitted to the Intensive Care Unit	Kallás MS, Mendes MA, Dias M. Matalon R, Alves LAC, Siniauskas A, et al.	Research, Society and Development.2022;11(3):e59411326866.	Estudio descriptivo longitudinal prospectivo GOOGLE ACADÉMICO	60 pacientes con un 70% de dependencia del cuidado bucal con una estancia mínima en UCI de 7 días	La salud bucal se evaluó al ingreso, tres y siete días de hospitalización mediante índices clínicos (examen oral de cabecera, índice de placa y mucosa, presencia de focos infecciosos y microbiológicos (identificación de microorganismos en saliva y biopelícula).	Además de los cuidados de enfermería, la evaluación bucal al ingreso hospitalario y el seguimiento odontológico hay que disponer de protocolos de higiene bucal de los pacientes adaptados a necesidades sistémicas reales.
Study on the Efficacy and Safety of Oral Care in ICU Patients Based on Meta-Analysis.	Gao Y, Xu H, Yang Y, Wu J.	Contrast Media Mol Imaging. 2022 Oct 7;2022:5337181	Metaanalisis PUBMED COCHRANE	Se incluyen un total de 17 estudios de literatura china e inglesa.	Busqueda en la literatura clínica de los artículos publicados entre 2010 – 2012 sobre la eficacia y seguridad del cuidado bucal en pacientes ingresado en Uci	Un mejor cuidado bucal puede mejorar significativamente los síntomas de la boca seca y halitosis en pacientes en UCI. Eliminar rápidamente la placa dental, reduce eficazmente la incidencia de complicaciones como la halitosis, infección y daño de la mucosa oral. El cuidado oral mejora, cuando existe un programa de enfermería en UCI eficaz y seguro.

CONCLUSIONES

La higiene bucal de los pacientes ingresados en UCI mejorará con la implantación de protocolos por parte del personal de enfermería, basados en la evidencia científica. Disponer de un equipo de odontólogos que colaboré con las enfermeras, permitiría identificar las complicaciones orales, realizar un diagnóstico adecuado y mejorar el pronóstico de los pacientes críticos

Resumen: Revisar los artículos sobre cuidados de enfermería de la mucosa bucal en el paciente crítico, según la evidencia científica.

Se realizó una búsqueda bibliográfica con las palabra clave (nurs* care) and (oral mucosa*) and (critical patient) y cuidados de enfermería en la mucosa bucal de los pacientes críticos, en las bases de datos Pubmed, Cochrane, Epistemonikos y Google Académico. De 28 artículos encontrados los seleccionados fueron 5.

La higiene bucal de los pacientes ingresados en UCI mejorará con la implantación de protocolos por parte del personal de enfermería, basados en la evidencia científica y disponer de equipos de odontólogos.

Palabras Clave: Mucosa bucal, Xerostomía, Enfermería de Cuidados Críticos.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Los pacientes en estado crítico a menudo experimentan síntomas como hambre, dolor, miedo, confusión, ansiedad y sed, que dada su idiosincrasia, en la mayoría de las ocasiones no pueden expresar. La sed, en particular, es un síntoma que tiene una gran prevalencia, intensidad e induce a la angustia, provocando sequedad bucal.

La xerostomía se debe a dispositivos, como el tubo endotraqueal, la sonda orogástrica que ocasionan que la boca permanezca abierta y además dificulta sus cuidados. Se acentúa cuando está indicada la restricción hídrica, la disminución de la salivación provocada por factores como la fiebre, diarrea, quemaduras y tratamiento con determinados fármacos como los sedantes. La sequedad bucal provoca mucositis oral, gingivitis, caries, placa dental, y colonización bacteriana en la boca y vía aérea lo que es un factor predisponente a la neumonía.

Objetivo:

El objetivo planteado es revisar los artículos publicados sobre cuidados de enfermería de en la mucosa bucal en el paciente crítico, según la evidencia científica.

Material y Método:

Se realizó una búsqueda bibliográfica con las palabra clave (nurs* care) and (oral mucosa*) and (critical patient) y cuidados de enfermería en la mucosa bucal de los pacientes críticos, en las bases de datos Pubmed, Cochrane, Epistemonikos y Google Académico.

Criterios de inclusión: Todos los artículos científicos publicados desde enero el 2018 hasta febrero del 2023, sin restricción de idioma.

Criterios de exclusión: Artículos no disponibles en Open Acces.

Resultados:

Los artículos seleccionados fueron 28, 22 fueron rechazados por título y resumen, 1 duplicado, siendo seleccionados: 5

1. The Effects of Aloe vera-Peppermint (Veramin) Moisturizing Gel on Mouth Dryness and Oral Health among Patients Hospitalized in Intensive Care Units: A Triple-Blind Randomized Placebo-Controlled Trial.

Atashi V, Yazdannik A, Mahjobipoor H, Ghafari S, Bekhradi R, Yousefi H.

J Res Pharm Pract. 2018 Apr-Jun;7(2):104-110.

Base: Pubmed.

Diseño: Ensayo clínico controlado aleatorizado triple ciego

Intervención: 80 pacientes asignados aleatoriamente a un grupo de intervención usando el gel humectante Veramin y otro al grupo placebo para el cuidado bucal, durante 5 días sucesivos. Se recogieron datos días 1, 3 y 5 del estudio, un cuestionario demográfico de características clínicas, la escala de Challacombe y el Mucosal-Plaque Index

Conclusiones: El gel hidratante Veramin es efectivo para aliviar significativamente la sequedad bucal, previniendo la formación de placa dental y mejorando la salud bucal.

2. Symptom management to alleviate thirst and dry mouth in critically ill patients: A randomised controlled trial

Weiqing Z, Qiuying G, Yanting G, Yujin Z, Lin Z.

Australian Critical Care 35 (2022) 123e129.

Base: Cochrane.

Diseño: Ensayo clínico controlado aleatorizado

Intervención: 61 pacientes críticos. Grupo experimental aerosoles de vitamina C, enjuague bucal con agua de menta y humectante labial, durante 3 días. Grupo control, aerosoles con solución salina, enjuague bucal con agua a 40º C y humedecer los labios con agua.

Conclusiones: El paquete de intervención utilizado en este estudio demostró ser un enfoque prometedor que puede aliviar la intensidad de la sed y la sequedad de la boca, que son muy angustiosas para los pacientes críticos

3. The Effect of Proffesinal Oral Care on the Oral Health Status of Critical Trauma Patients Using Ventilators.

Choi MI, Han SY, Jeon HS, Choi ES, Won SE, Lee YJ, Baek CY, Mun SJ.

Int J Environ Res Public Health. 2022 May 19;19(10):6197.

Base: Pubmed

Diseño: Ensayo clínico comparativo no aleatorizado

Intervención: 57 pacientes politraumatizados con ventilación mécanica. Durante 5 días al grupo experimental: el higienista dental realizó un cuidado profesional cada 24 h junto con cuidado

de rutina cada 8 h. Grupo control se le realizó una higiene oral de rutina. Se evaluó mediante un examen oral.

Conclusiones Este estudio confirma la importancia del cuidado de la higiene bucal profesional en la mejora de la salud bucal.

4. Evaluation of oral changes and modification of the oral microbiome in patientsadmitted to the Intensive Care Unit

Kallás MS, Mendes MA, Dias M. Matalon R, Alves LAC, Siniauskas A, et al.

Research, Society and Development.2022;11(3):e59411326866.

Base: Google académico

Diseño: Estudio descriptivo longitudinal prospectivo.

Intervención: 60 pacientes con un 70% de dependencia del cuidado bucal con una estancia mínima en UCI de 7 días. La salud bucal se evaluó al ingreso, tres y siete días de hospitalización mediante índices clínicos.

Conclusiones: Además de los cuidados de enfermería, la evaluación bucal al ingreso hospitalario y el seguimiento odontológico hay que disponer de protocolos de higiene bucal de los pacientes adaptados a necesidades reales.

5. Study on the Efficacy and Safety of Oral Care in ICU Patients Based on Meta-Analisis.

Gao Y, Xu H, Yang Y, Wu J.

Contrast Media Mol Imaging. 2022 Oct 7;2022:5337181

Base Pubmed. Cochrane

Diseño: Metanalisis.

Intervención: 17 estudios de literatura china e inglesa. publicados entre 2010 – 2012 sobre la eficacia y seguridad del cuidado bucal en pacientes ingresado en UCI

Conclusiones: Un mejor cuidado bucal puede mejorar significativamente los síntomas de la boca seca y halitosis en pacientes en UCI. Eiminar rápidamente la placa dental, reduce eficazmente la incidencia de complicaciones como la halitosis, infección y daño de la mucosa oral. El cuidado oral mejora, cuando existe un programa de enfermería en UCI eficaz y seguro.

Conclusiones:

La higiene bucal de los pacientes ingresados en UCI mejorará con la implantación de protocolos por parte del personal de enfermería, basados en la evidencia científica. Disponer de un equipo de odontólogos que colaboré con las enfermeras, permitiría identificar las complicaciones orales, realizar un diagnóstico adecuado y mejorar el pronóstico de los pacientes críticos

Bibliografía

1.- Lombardo V, Vinatier I, Baillot ML, Franja V, Bourgeon-Ghittori I, Dray S, et al. How caregivers view patient comfort and what they do to improve it: a French survey. Ann Intensive Care 2013;3:19.

2.- Puntillo K, Arai SR, Cooper BA, Stotts NA, Nelson JE. A randomized clinical trial of an intervention to relieve thirst and dry mouth in Intensive Care Unit patients. Intensive Care Med 2014;40:1295 302.

3.- Jang CS, Shin YS. Effects of combination oral care on oral health, dry mouth and salivary pH of intubated patients: A randomized controlled trial. Int J Nurs Pract 2016;22:503 11

4.- Haghighi A, Shafipour V, Bagheri Nesami M, Gholipour Baradari A, Yazdani Charati J. The impact of oral care on oral health status and prevention of ventilator associated pneumonia in critically ill patients. Aust Crit Care 2017;30:69 73.

5.- Klompas M, Speck K, Howell MD, Greene LR, Berenholtz SM. Reappraisal of routine oral care with chlorhexidine gluconate for patients receiving mechanical ventilation: Systematic review and meta analysis. JAMA Intern Med 2014;174:751 61.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 62

Cuidados Generales de la FAVI

Monescillo Ruedas, Alejandra
Del Hoyo Serrano, María Jesús
Pérez Trenado, María del Prado
Villalta Antequera, Elena
Broceño del Hoyo, Laura
González Molina, Alberto

Cuidados Generales de la FAVI

Alejandra Monescillo, Mª Jesús del Hoyo, Mª del Prado Pérez, Elena Villalta, Laura Broceño y Alberto González.



Introducción:

Antes de iniciar hemodiálisis (HD), es necesario haber creado un acceso vascular por el cual extraer la sangre, depurarla y volverla a introducir en el organismo. Hay varios tipos de accesos vasculares: injerto, fistula arteriovenosa interna (FAVI) y/o catéter venoso central (CVC).

La morbilidad y mortalidad del paciente en programa de hemodiálisis (HD) tiene relación directa con el tipo de acceso vascular (AV) tanto al inicio como en el seguimiento del tratamiento sustitutivo renal. Por ello es fundamental el manejo del AV del paciente en HD desde una perspectiva multidisciplinar.

Objetivo:

Conocer los cuidados que requiere una FAVI por parte tanto del paciente como del personal de enfermería para conseguir una hemodiálisis eficaz y una mayor supervivencia del acceso.

Material y Método:

Se realiza una revisión bibliográfica para la cual se lleva a cabo una búsqueda en la plataforma de Google Académico, seleccionando aquellos artículos que contengan las palabras clave “hemodiálisis” “acceso vascular” “cuidados de enfermería”.

Resultados:

El objetivo de toda unidad de HD es conseguir un buen AV. La FAV nativa es el acceso de elección, que consiste en la unión de una arteria y una vena. La FAV requiere de un periodo de maduración para conseguir un desarrollo óptimo y que sea posible su punción, por ello su realización se debe programar con bastante anterioridad. Para que sea un acceso adecuado para HD es necesario que cumpla unos requisitos: que permita flujos de 300-500ml/min, buena accesibilidad, que permita punciones reiteradas y tenga una baja incidencia de complicaciones (hemorragias, trombosis, estenosis, infecciones, robo…).

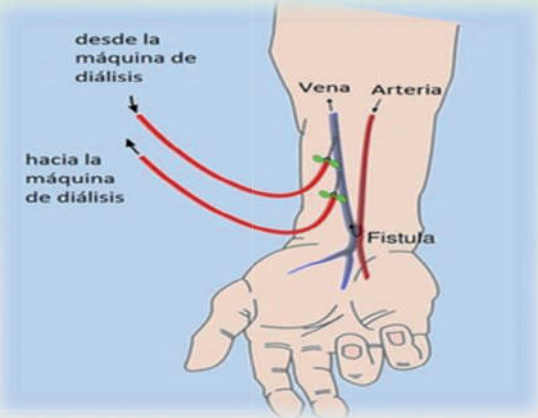
Por ello, es fundamental que tanto el paciente como enfermería lleve a cabo una serie de cuidados para su correcto mantenimiento y desarrollo y evitar la aparición de complicaciones. Por parte del paciente los cuidados serán los siguientes: adecuada higiene corporal, evitar golpes en el brazo portador de FAV, no cargar peso con dicho brazo, indicar que es portador de una FAV, para no tomar nunca la tensión arterial ni realizar pruebas ni extracciones ni administración de medicación en ese brazo, la **FAV SOLO se usa para HD, r**ealizar ejercicios apretando una pelota, para favorecer el desarrollo de la FAV.

La punción se realizará generalmente con agujas de 15G o 16G, intentando que haya una separación entre ambas agujas (arterial y venosa) de 3cm aproximadamente, para evitar la recirculación.

Antes de cada punción, enfermería debe realizar una valoración del acceso vascular que consiste básicamente en la palpación y auscultación del frémito y pulso, para comprobar la permeabilidad del acceso, además de valorar la presencia de hematomas, aneurismas, signos de infección, edemas…Otro punto fundamental es la rotación de la punción, ya que esto favorece la cicatrización, disminuye la aparición de aneurismas y favorece la hemostasia.

Conclusión:

Del buen estado del acceso vascular dependerá la eficacia del tratamiento. Tanto los cuidados del paciente como del personal de enfermería son fundamentales para la correcta evolución del mismo, además de una valoración continuada del acceso vascular antes, durante y después del tratamiento de HD. . Enfermería debe conocer el acceso vascular, realizar una punción correcta, minimizar los factores de riesgo y detectar precozmente las posibles complicaciones.



Resumen: En pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) los riñones no son capaces de llevar a cabo su función de depurar y eliminar el exceso del líquido y productos de desecho del organismo, por lo que es necesaria la diálisis, siendo la más común la hemodiálisis (HD). Antes de iniciar HD, es necesario haber creado un acceso vascular por el cual extraer la sangre, depurarla y volverla a introducir en el organismo. Hay varios tipos de accesos vasculares: injerto, fistula arteriovenosa (FAV) y/o catéter venoso central (CVC). Del buen estado y funcionamiento del acceso vascular, dependerá la eficacia de tratamiento.

Palabras Clave: "Cuidados de Enfermería" "Acceso Vascular" "Hemodiálisis".

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La morbilidad y mortalidad del paciente en programa de hemodiálisis (HD) tiene relación directa con el tipo de acceso vascular (AV) tanto al inicio como en el seguimiento del tratamiento sustitutivo renal. El riesgo de complicaciones infecciosas al inicio de HD se multiplica por cuatro cuando se utiliza un catéter venoso central (CVC) comparado con la fistula arteriovenosa nativa (FAVn) o protésica (FAVp). Por ello son fundamentales los programas en los que el manejo del AV del paciente HD se hace desde una perspectiva multidisciplinar.

Objetivo:

Conocer los cuidados que requiere una FAV por parte tanto del paciente como del personal de enfermería para conseguir una hemodiálisis eficaz y una mayor supervivencia del acceso.

Material y Método:

Se realiza una revisión bibliográfica para la cual se lleva a cabo una búsqueda en la plataforma de Google académico, seleccionando aquellos artículos que contengan las palabras clave "hemodiálisis" "acceso vascular" "cuidados de enfermería". De los 6 artículos seleccionados, solo se emplearon tres de ellos, ya que se adecuaban más al tema a tratar.

Resultados:

El objetivo de toda unidad de HD es conseguir un buen acceso vascular. La fistula arteriovenosa (FAV) nativa es el acceso de elección que consiste en la unión de una arteria y una vena. La FAV requiere de un periodo de maduración para conseguir un desarrollo optimo, por ello su realización se debe programar con bastante anterioridad. Para que sea un acceso adecuado para la HD, es necesario que cumpla una serie de requisitos: flujos de sangre de 300-400ml/min, buena accesibilidad, que permita punciones reiteradas y tenga una baja incidencia de complicaciones (hemorragias, trombosis, estenosis, infecciones, robo…). El buen funcionamiento de la FAV se valorará también analizando parámetros bioquímicos y con marcadores propios de la HD como por ejemplo el objetivo Kt/V.

Por ello, es importante que tanto el paciente portador de FAV como el personal de enfermería lleve a cabo una serie de cuidados para su correcto mantenimiento y desarrollo.

El paciente debe de saber los cuidados que debe realizar para el mantenimiento de su acceso vascular y así evitar posibles complicaciones:

- Adecuada higiene corporal

- Evitar golpes en el brazo portador de FAV.

- No cargar peso con dicho brazo.

- Indicar que es portador de una FAV, para no tomar nunca la tensión arterial ni realizar pruebas ni extracciones ni administración de medicación en ese brazo. La FAV SOLO se usa para HD.

- Realizar ejercicios apretando una pelota, para favorecer el desarrollo de la FAV.

La punción se realizará generalmente con agujas de 15G o 16G, intentando que haya una separación entre ambas agujas (arterial y venosa) de 3cm aproximadamente, para evitar la recirculación.

Antes de cada punción, enfermería debe realizar una valoración del acceso vascular que consiste básicamente en la palpación y auscultación del frémito y pulso, para comprobar la permeabilidad del acceso, además de valorar la presencia de hematomas, aneurismas, signos de infección, edemas…Otro punto fundamental es la rotación de la punción, ya que esto favorece la cicatrización, disminuye la aparición de aneurismas y favorece la hemostasia.

Conclusiones:

Del buen estado del acceso vascular dependerá la eficacia del tratamiento de hemodiálisis. Tanto los cuidados del paciente como del personal de enfermería son fundamentales para la correcta evolución del mismo, además de una valoración continuada del acceso vascular antes, durante y después del tratamiento de HD. Enfermería debe conocer el acceso vascular, realizar una punción correcta, minimizar los factores de riesgo y detectar precozmente las posibles complicaciones.

Bibliografía

1.- M. Victoria Miranda- Camarero. Cuidados de las fistulas arteriovenosas. Intervenciones y actividades del profesional de enfermería. Diálisis y Trasplante. 2010; 31 (1): 12-16.

2.- M. Tienda Moreno; A. Quiralte Baglietto. Otras complicaciones de las FAVIs. Cuidados de enfermería. Revista SEDEN. 2000. 3(1): 21-26.

3.- M. Fernandez Ortiz; M. Ruedas Batuecas; A. Sevigne Itoiz; B. Morrás Laita. Cuidados de la fistula arteriovenosa. Zona Hospitalaria. 2015.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 63

Cuidados y manejo del paciente con meningoencefalitis aguda por Streptococcus agalactiae desde un caso clínico.

Mateo Parrado, Pilar
Pardilla Elipe, Blas
Arias López Peláez, Víctor M
Arias Jiménez, Nicanor
Sánchez Gil, Leire

Cuidados y manejo del paciente con meningoencefalitis aguda por Streptococcus agalactiae desde un caso clínico



INTRODUCCIÓN

Una meningoencefalitis consiste en la inflamación tanto de las meninges (membranas que rodean al cerebro y médula espinal) como del encéfalo. Puede ser de dos tipos, infecciosa (bacterias, siendo estas las más graves, hongos, siendo los menos típicos, o virus, siendo estos últimos los predominantes) o no infecciosa.

Esta reacción inflamatoria puede ser responsable de trastornos de la conciencia, crisis epilépticas y signos neurológicos.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Mujer de 37 años que acude al servicio de Urgencias acompañada de su marido, quien relata que por la tarde empezó con vómitos, dolor y temblor de piernas. Actualmente se encuentra sin habla y con rigidez en el cuerpo, con movimientos involuntarios de flexión y extensión del miembro superior derecho. Se realiza exploración física, detectando un Glasgow 10/15.

Se decide realizar una serie de pruebas diagnósticas: TAC craneal (sin alteraciones), analítica de sangre y punción lumbar (se observa líquido cefalorraquídeo (LCR) muy turbio con buena presión, sin coágulos y con alto nivel de leucocitos).

Con todos estos datos, el diagnóstico se trata de sospecha de encefalitis aguda y se tramita su traslado a UCI, donde por último, se realiza PCR múltiple para diagnóstico de meningitis/encefalitis, la cual es positiva (detectando DNA de *Streptococcus agalactiae*).

Diagnóstico principal: meningoencefalitis aguda por *S. agalactiae*.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS

Patrones alterados:

- **Patrón 2.** Nutricional – Metabólico
- **Patrón 9.** Tolerancia al estrés
- **Patrón 12.** Confort

Diagnósticos NANDA:

- Desequilibrio nutricional.
- Ansiedad.
- Dolor agudo.



NOC (Objetivos):

- Estado nutricional: ingestión de nutrientes.
- Nivel de ansiedad.
- Control del dolor.

NIC (Intervenciones):

- Manejo de la nutrición.
- Disminución de la ansiedad.
- Manejo del dolor.

DISCUSIÓN

Una vez en la UCI, la paciente presencia crisis tónico-clónica generalizada con estado proscritico. Se decide intubación orotraqueal y se conecta a ventilación mecánica. Como tratamiento, se mantiene antibioterapia, además de corticoides por meningitis bacteriana. Durante su estancia en UCI, se desescala antibioterapia por aislamiento en LCR de *S. Agalactiae* sensible a penicilina, manteniéndose la paciente afebril y sin nuevos episodios convulsivos.

La paciente evoluciona favorablemente, neurológicamente se encuentra consciente, sin signos de focalidad neurológica. Dada la buena evolución se decide alta a planta de Neurología.

CONCLUSIONES

El tratamiento de una meningoencefalitis aguda es realmente un desafío debido a la gran variedad de causas que podemos encontrar. Es muy importante realizar un buen diagnóstico diferencial, recurriendo a diversas pruebas diagnósticas. En este caso, el análisis del líquido cefalorraquídeo, sobre todo mediante PCR. constituye un paso crucial en el diagnóstico de esta afección. Esta prueba puede complementarse con otras como es el caso de las pruebas de imagen, aunque resulten menos específicas.

En función del tipo de meningoencefalitis que nos encontremos, se empleará un tipo de tratamiento u otro, como en el caso de nuestra paciente que, al ser bacteriana, se recurre a la antibioterapia.

Autores: Mateo Parrado, Pilar; Pardilla Elipe, Blas; Arias López Peláez, Víctor M.; Arias Jiménez, Nicanor; Sánchez Gil, Leire.

Resumen: Una meningoencefalitis consiste en la inflamación tanto de las meninges como del encéfalo. Puede ser de dos tipos, infecciosa o no infecciosa. Esta reacción inflamatoria puede ser responsable de trastornos de la conciencia, crisis epilépticas y signos neurológicos. Algunas manifestaciones clínicas que pueden alertarnos de esta afección son: cefalea, fiebre, náuseas y vómitos y rigidez de nuca.

En este caso, vemos a una mujer de 37 años con meningoencefalitis aguda por *Streptococcus agalactiae* que evoluciona favorablemente tras un tratamiento de antibioterapia y corticoides, junto con un plan de cuidados enfermeros centrado tanto en la afección física como psíquica.

Palabras Clave: Meningoencefalitis, Líquido cefalorraquídeo, Streptococcus agalactia.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Una meningoencefalitis consiste en la inflamación tanto de las meninges (membranas que rodean al cerebro y médula espinal) como del encéfalo. Puede ser de dos tipos, infecciosa (bacterias, siendo estas las más graves, hongos, siendo los menos típicos, o virus, siendo estos últimos los predominantes) o no infecciosa.

Esta reacción inflamatoria puede ser responsable de trastornos de la conciencia, crisis epilépticas y signos neurológicos.

Algunas manifestaciones clínicas que pueden alertarnos de esta afección son: cefalea, fiebre, náuseas y vómitos y rigidez de nuca.

Observación clínica:

Mujer de 37 años acude a servicio de Urgencias acompañada de su marido, el cual refiere que esa misma tarde la paciente presentó vómitos además de dolor y temblor de piernas. A la exploración física la paciente se encuentra diaforética, agitada, poco colaboradora, emite sonidos y realiza movimientos tónico-clónicos con las manos. Glasgow 10/15. De momento se encuentra afebril.

Entre las pruebas diagnósticas realizadas se encuentra TAC craneal sin contraste, en el cual no se observan alteraciones. Se le realiza, además, analítica de sangre y punción lumbar, en la cual se observa líquido cefalorraquídeo (LCR) muy turbio con buena presión, sin coágulos y con alto valor de leucocitos.

Pasa en urgencias a observación con monitoreo, control de constantes y oxigenación a 4 litros. Con todos estos datos, el diagnóstico se trata de sospecha de encefalitis aguda. Se tramita su traslado a UCI. A su llegada a UCI la paciente presenta estado proscritico (estado de poca reactividad tras una crisis convulsiva), rigidez de nuca, pupilas isocóricas mióticas normorreactivas. En la auscultación cardíaca se observa estado rítmico sin soplos. En cuanto a la auscultación pulmonar, presenta ruidos sibilantes previos a intubación orotraqueal (IOT).

Por último, se realiza PCR múltiple para diagnóstico de meningitis/ encefalitis, la cual es positiva (se detecta DNA de Streptococcus agalactiae). Por lo tanto, tras todas las pruebas realizadas, se considera como diagnóstico principal meningoencefalitis aguda por S. agalactiae.

Plan de cuidados:

Se hace uso de las taxonomías NANDA, NIC, NOC para encontrar los diagnósticos, objetivos e intervenciones más adecuadas al paciente:

Patrones alterados:

- Patrón 2. Nutricional – Metabólico
- Patrón 9. Tolerancia al estrés
- Patrón 12. Confort

Diagnósticos NANDA:

- Desequilibrio nutricional.
- Ansiedad.
- Dolor agudo.

NOC (objetivos):

- Estado nutricional: ingestión de nutrientes.
- Nivel de ansiedad.
- Control del dolor.

NIC (intervenciones):

- Manejo de la nutrición.
- Disminución de la ansiedad.
- Manejo del dolor.

A la llegada de la paciente a Urgencias, se deja en observación con monitoreo y se administra el siguiente tratamiento:

- Diazepam 15 mg + Midazolam 15 mg + Fortecortin 16 mg cada 24h.
- Vancomicina 1g/ 8 h + Ampicilina 2g/ 4h.
- Ceftriaxona 2g/ 12h.
- Aciclovir 250 mg/ 8h.
- Pantoprazol 40 mg IV.
- Propofol 40 mg.
- Suero fisiológico 500 ml.
- Oxígeno a 4 L.

Durante su estancia en la UCI, a la paciente se le administra antibioterapia con

Vancomicina y Ceftriaxona, además de corticoides por meningitis bacteriana.

Además de este tratamiento, las instrucciones de enfermería a seguir son:

- Reposo en cama y sillón. El paciente puede deambular por la habitación y el pasillo de la planta, si el dolor se lo permite.

- Dieta normal.

- Vigilar constantes.

- Administrar tratamiento pautado para controlar el dolor.

Discusión:

A la llegada de la paciente a UCI se presencia crisis tónico-clónica generalizada con estado poscrítico. Se decide intubación orotraqueal sin incidencias y se conecta a ventilación mecánica. Se mantienen antibioterapia además de corticoides por meningitis bacteriana. Durante su estancia en UCI, se desescala antibioterapia por aislamiento en LCR de S. Agalactie sensible a penicilina, manteniéndose la paciente afebril y sin nuevos episodios convulsivos.

A pesar de ello, a los 3 días de ingreso se objetiva aumento de leucocitos, con PCR estable e infiltrado basal derecho, todo ello en probable relación con neumonía nosocomial, por lo que se escala antibioterapia para tratarla.

La paciente evoluciona favorablemente desde el punto de vista respiratorio, con reexpansión pulmonar completa y mejoría de infiltrado basal, lo que permite la extubación de la paciente a los 6 días de ingreso. Neurológicamente, la paciente se encuentra consciente, sin signos de focalidad neurológica. Dada a la buena evolución clínica se decide alta a planta de Neurología.

Conclusiones:

El tratamiento de una meningoencefalitis aguda es realmente un desafío debido a la gran variedad de causas que podemos encontrar.

Es muy importante realizar un buen diagnóstico diferencial, recurriendo a diversas pruebas diagnósticas. En este caso, el análisis del líquido cefalorraquídeo, sobre todo mediante PCR. constituye un paso crucial en el diagnóstico de esta afección. Esta prueba puede complementarse con otras como es el caso de las pruebas de imagen, aunque resulten menos específicas.

En función del tipo de meningoencefalitis que nos encontremos, se empleará un tipo de tratamiento u otro, como en el caso de nuestra paciente que, al ser bacteriana, se recurre a la antibioterapia.

Bibliografía

1.- Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J.M., Maas, M., Moorhead, S. y Swanson, E. Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC. 2ª Ed española. Barcelona: Elsevier; 2007.

2.- Herman, T.H. y Kamitsuru, S. (Eds.) (2015). NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. Edición española. Barcelona: Elsevier; 2015- 2017.

3.- Moorhead, S., Johnson, M., L. Maas, M. y Swanson, E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5ª Ed española. Barcelona: Elsevier; 2014.

4.- M. Bulechek, G., K. Butcher, H., M. Dochterman, J. y M. Wagner, C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª Ed española. Barcelona: Elsevier; 2014.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 64

Desigualdad social como determinante de acceso a la salud en España

González López, Amanda

Desigualdad social como determinante de acceso a la salud en España

González López, A. Hospital Virgen del Rocío (Sevilla)

XIV CONGRESO DE INVESTIGACION ENFERMERIA Y FISIOTERAPIA (Ciudad Real)

*En países de ingresos bajos, eliminar la desigualdad relacionada con la riqueza en la mortalidad de menores de cinco años podría ayudar a salvar la vida de **1,8 millones de niños.***

1. INTRODUCCIÓN

El concepto de desigualdad en salud manifiesta las diferencias en materia de salud que son innecesarias, evitables e injustas. Las condiciones sociales desempeñan un papel significativo en la capacidad de mantener un estado de salud óptimo. En España la tasa de población en riesgo de pobreza en 2020 fue del 27%, la 4ª mayor de la UE. La pobreza infantil en 2019 en España se situó en 27%, solo por detrás de Rumanía y Bulgaria, y por encima de la media de la UE que fue del 19%. Conocer los determinantes sociales en salud (DSS) es un factor fundamental para conocer las desigualdades sanitarias de un sistema. De esta forma, los determinantes sociales pueden actuar como factores de riesgo para la salud o como factores protectores de la misma.

2. PALABRAS CLAVE

Acceso a la salud, clases sociales, determinantes sociales de la salud (DSS)

3. OBJETIVOS

- Conocer los determinantes sociales de la salud en la población española.
- Analizar como los determinantes sociales afectan al grado de salud de las poblaciones mas vulnerables

4. METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica de artículos en inglés y castellano, en bases de datos como Google académico, Medline, CINALH, Scielo y Elsevier desde el año 2014 hasta 2023. Los criterios de inclusión fueron artículos publicados en lengua inglesa y castellana, revisiones sistemáticas y bibliográficas, estudios de cohortes. Los Descriptores en Ciencia de la Salud (DeCS) para la búsqueda en ingles (MeSH) fueron: “social determinants” AND “health”, OR “health and its determinants” AND “Spain”.

5. RESULTADOS

Los estudios demuestran que tanto el estatus socioeconómico como el nivel educativo de las personas están asociados con un peor estado de salud. Esto se refleja en una mayor tasa de mortalidad y una percepción de salud más baja. Además, el lugar donde las personas residen también influye en su salud, independientemente de su situación socioeconómica, aquellos que viven en áreas geográficas con menos recursos, servicios, comodidades y un entorno ambiental deficiente, presentan un estado de salud más deteriorado. A continuación quedan detallados algunos de los determinantes en salud y datos relevantes en la población española.

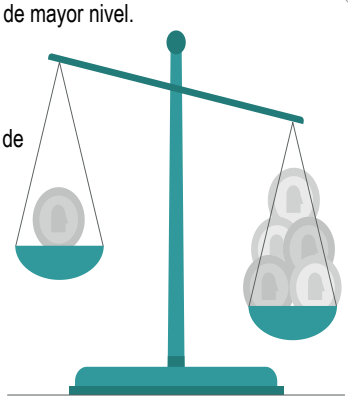
Estatus socioeconómico (30%)

La morbilidad, el uso de centros de salud mental, las tasas de hospitalización y la probabilidad de consumo de drogas entre los niños es de 3 a 7 veces mayor para los de bajo nivel socioeconómico que para los de mayor nivel.

Raza/etnia/origen (18%)

Durante la COVID19 los DSS como la residencia en áreas de bajos ingresos y el nacimiento en países de América Latina se asociaron con mayores probabilidades de ser ingresado en una unidad de cuidados intensivos y de mortalidad intrahospitalaria.

La población de origen inmigrante tiene el **doble de prevalencia** de obesidad que la de origen autóctono.



Sexo / Genero (8%)

Las mujeres tuvieron más del doble de probabilidad de ser diagnosticadas de depresión o ansiedad que los hombres.

El tiempo de estancia y las cargas familiares, en especial la doble jornada de trabajo, empeoraron la salud percibida de las mujeres.

Nivel educativo (14%)

El bajo nivel educativo se asocia a una baja autoevaluación de salud en la mayoría de las CC. AA

El nivel educativo de la madre se asoció a un mayor riesgo de parto pretérmino y bajo peso al nacer

La mortalidad cardiovascular estuvo inversamente asociada con el nivel educativo

Ocupación (6%)

El riesgo de mala salud mental se incrementó en trabajadores cuyo número de horas laborables se incrementó, en el grupo de salarios bajos o aquellos que perdieron su trabajo

Estar ocupado se asoció a mejor salud en los hombres

Lugar de residencia (10%)

La población rural femenina tuvo un menor conocimiento sobre la infección y vacuna frente al VPH que la población urbana

Capital social y apoyo (2%)

Se han encontrado estudios que relacionan una asociación significativa entre mala salud mental y la exposición a bajo apoyo social

6. CONCLUSIONES

- ✓ Estudiar las diferencias en salud entre grupos sociales resulta relevante para conocer el grado de equidad en una sociedad
- ✓ Tanto el estatus socioeconómico y el nivel educativo de las personas están asociados con un peor estado de salud. Esto se refleja en una mayor tasa de mortalidad y una percepción de salud más baja.
- ✓ No solo es necesario crear informes anuales estatales sobre desigualdades en salud, sino crear políticas encaminadas a disminuir los determinantes potenciales.
- ✓ Las enfermeras y resto de sectores sanitarios debemos de conocer los determinantes de desigualdad en salud para prever de necesidades a los grupos sociales mas desfavorecidos.

1. Ruiz Álvarez M, Aginagalde Llorente AH, Del Llano Señarís JE. Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021): una revisión exploratoria de la literatura. Rev Esp Salud Pública. 2022; 96: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL96/REVISIONES/RS96C_202205041.pdf
2. Ministerio de Sanidad, ESTRATEGIA DE SALUD PÚBLICA 2022: Mejorando la salud y el bienestar de la población, Agosto 2022, https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pdf/Estrategia_de_Salud_Publica_2022___Pendiente_de_NIPO.pdf
3. Eurostat. Living conditions in Europe - poverty and social exclusion. Luxembourg: Publications Office of the European Union; (Living conditions in Europe). Disponible en: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Living_conditions_in_Europe_-poverty_and_social_exclusion#Poverty_and_social_exclusion
4. Alto comisionado contra la pobreza infantil. Datos e indicadores. Disponible en: https://www.comisionadopobrezainfantil.gob.es/es/datos-e-indicadores
5. Machón, M., Mosquera, I., Larrañaga, I., Martín, U. and Vergara, I. 2020. Desigualdades socioeconómicas en la salud de la población mayor en España. Gaceta Sanitaria, 34, pp.276-288. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.06.008

Resumen: Las condiciones sociales desempeñan un papel significativo en la capacidad de mantener un estado de salud óptimo. Estas desigualdades sociales en salud no solo existen entre los grupos socioeconómicos más y menos favorecidos, sino que se establecen en un gradiente social, estando presente en todos los niveles. El objetivo de esta revisión es el de conocer los determinantes sociales de la salud en la población española, así como analizar como los determinantes sociales afectan al grado de salud de las poblaciones más vulnerables.

Palabras Clave: Acceso a la salud, Clases sociales, Determinantes sociales de la salud (DSS)

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El concepto de desigualdad en salud manifiesta las diferencias en materia de salud que son innecesarias, evitables e injustas. Las condiciones sociales desempeñan un papel significativo en la capacidad de mantener un estado de salud óptimo. En España la tasa de población en riesgo de pobreza en 2020 fue del 27%, la 4ª mayor de la UE. La pobreza infantil en 2019 en España se situó en 27%, solo por detrás de Rumanía y Bulgaria, y por encima de la media de la UE que fue del 19%. Conocer los determinantes sociales en salud (DSS) es un factor fundamental para conocer las desigualdades sanitarias de un sistema. De esta forma, los determinantes sociales pueden actuar como factores de riesgo para la salud o como factores protectores de la misma.

Objetivos:

• Conocer los determinantes sociales de la salud en la población española.

• Analizar como los determinantes sociales afectan al grado de salud de las poblaciones más vulnerables

Metodología:

Revisión bibliográfica de artículos en inglés y castellano, en bases de datos como Google académico, Medline, CINALH, Scielo y Elsevier desde el año 2014 hasta 2023. Los criterios de inclusión fueron artículos publicados en lengua inglesa y castellana, revisiones sistemáticas y bibliográficas, estudios de cohortes. Los Descriptores en Ciencia de la Salud (DeCS) para la búsqueda en inglés (MeSH) fueron: “social determinants” AND “health”, OR “health and its determinants” AND “Spain”.

Resultados:

Los estudios demuestran que tanto el estatus socioeconómico como el nivel educativo de las personas están asociados con un peor estado de salud. Esto se refleja en una mayor tasa de mortalidad y una percepción de salud más baja. Además, el lugar donde las personas residen también influye en su salud, independientemente de su situación socioeconómica, aquellos que viven en

áreas geográficas con menos recursos, servicios, comodidades y un entorno ambiental deficiente, presentan un estado de salud más deteriorado. A continuación, quedan detallados algunos de los determinantes en salud y datos relevantes en la población española.

Estatus socioeconómico (30%). La morbilidad, el uso de centros de salud mental, las tasas de hospitalización y la probabilidad de consumo de drogas entre los niños es de 3 a 7 veces mayor para los de bajo nivel socioeconómico que para los de mayor nivel.

Raza/etnia/origen (18%). Durante la COVID19 los DSS como la residencia en áreas de bajos ingresos y el nacimiento en países de América Latina se asociaron con mayores probabilidades de ser ingresado en una unidad de cuidados intensivos y de mortalidad intrahospitalaria. La población de origen inmigrante tiene el doble de prevalencia de obesidad que la de origen autóctono.

Nivel educativo (14%). El bajo nivel educativo se asocia a una baja autoevaluación de salud en la mayoría de las CC. AA. El nivel educativo de la madre se asoció a un mayor riesgo de parto pretérmino y bajo peso al nacer.La mortalidad cardiovascular estuvo inversamente asociada con el nivel educativo

Lugar de residencia (10%). La población rural femenina tuvo un menor conocimiento sobre la infección y vacuna frente al VPH que la población urbana

Sexo / Genero (8%). Las mujeres tuvieron más del doble de probabilidad de ser diagnosticadas de depresión o ansiedad que los hombres. El tiempo de estancia y las cargas familiares, en especial la doble jornada de trabajo, empeoraron la salud percibida de las mujeres.

Ocupación (6%). El riesgo de mala salud mental se incrementó en trabajadores cuyo número de horas laborables se incrementó, en el grupo de salarios bajos o aquellos que perdieron su trabajo. Estar ocupado se asoció a mejor salud en los hombres

Capital social y apoyo (2%) Se han encontrado estudios que relacionan una asociación significativa entre mala salud mental y la exposición a bajo apoyo social

Conclusiones:

- ✓ Estudiar las diferencias en salud entre grupos sociales resulta relevante para conocer el grado de equidad en una sociedad
- ✓ Tanto el estatus socioeconómico y el nivel educativo de las personas están asociados con un peor estado de salud. Esto se refleja en una mayor tasa de mortalidad y una percepción de salud más baja.
- ✓ No solo es necesario crear informes anuales estatales sobre desigualdades en salud, sino crear políticas encaminadas a disminuir los determinantes potenciales.
- ✓ Las enfermeras y resto de sectores sanitarios debemos de conocer los determinantes de desigualdad en salud para prever de necesidades a los grupos sociales más desfavorecidos.

Bibliografía

1.- Ruiz Álvarez M, Aginagalde Llorente AH, Del Llano Señarís JE. Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021): una revisión exploratoria de la literatura. Rev Esp Salud Pública. 2022; 96: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL96/REVISIONES/RS96C_202205041.pdf

2.- Ministerio de Sanidad, ESTRATEGIA DE SALUD PÚBLICA 2022: Mejorando la salud y el bienestar de la población, Agosto 2022, https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pdf/Estrategia_de_Salud_Publica_2022___Pendiente_de_NIPO.pdf

3.- Eurostat. Living conditions in Europe - poverty and social exclusion. Luxembourg: Publications Office of the European Union; (Living conditions in Europe). Disponible en: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Living_conditions_in_Europe_-poverty_and_social_exclusion#Poverty_and_social_exclusion

4.- Alto comisionado contra la pobreza infantil. Datos e indicadores. Disponible en: https://www.comisionadopobrezainfantil.gob.es/es/datos-e-indicadores

5.- Machón, M., Mosquera, I., Larrañaga, I., Martín, U. and Vergara, I. 2020. Desigualdades socioeconómicas en la salud de la población mayor en España. Gaceta Sanitaria, 34, pp.276-288. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.06.008

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 65

Desigualdades en inactividad física en la población española según sexo y clase social: análisis de la Encuesta Nacional de Salud de España 2017.

Martinez Rodriguez, Sandra
Martínez Rodríguez, Juan Maximiliano

Desigualdades en inactividad física en la población española según sexo y clase social: análisis de la Encuesta Nacional de Salud de España 2017.

Autores: Sandra Martínez Rodríguez
Juan Maximiliano Martínez Rodríguez

INTRODUCCIÓN

La actividad física (AF) realizada de manera regular disminuye el riesgo de muerte prematura y puede aumentar la esperanza de vida hasta en 7 años. Existe evidencia de múltiples beneficios para la salud de la AF que incluye un menor riesgo de enfermedades crónicas entre ellas las enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes y cáncer de mama y colón. La inactividad física se asocia al 10% de los casos de cáncer de colon y mama . Además, la AF también es beneficiosa para la salud mental y puede ayudar a mantener un peso saludable.

A pesar de que la AF constituye un factor clave para elevar el nivel de salud de las poblaciones, así como para la prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas el 27,5% de los adultos no alcanza los niveles recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

OBJETIVOS

Comparar la magnitud de las desigualdades en la frecuencia de inactividad física en España según sexo y clase social.

MATERIAL Y METODOS

Estudio descriptivo transversal de datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) y procedentes de la Encuesta Nacional de Salud en España (ENSE) de 2017. La ENSE es representativa a nivel nacional de las personas que residen en viviendas familiares en el territorio español en 2017. Se utilizo un muestreo probabilístico trietápico estratificado. La página oficial del INE describe con detalles la metodología de la ENSE. Se recabaron datos de 29.195 entrevistas realizadas mediante entrevista personal en los hogares entre octubre de 2016 y octubre de 2017.

Se selección a la población entre 15 y 69 años. Las variables independientes fueron: sexo, edad y la clase social. Dependiente: nivel de actividad física. Se utilizo el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ) para la clasificación de los niveles de actividad física.

Los datos fueron obtenidos de las bases de datos públicas del INE (www.ine.es) y son datos anonimizados, no identificables, de uso público por lo que no fue necesario obtener la aprobación del Comité de Ética de Investigación, siguiendo la legislación española.

RESULTADOS

NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA SEGÚN SEXO

El 35,3% de la población entre 15 y 69 años no alcanza las recomendaciones mínimas de actividad física saludable según la OMS. El incumplimiento es mayor en las mujeres (37%) que en los hombres (33,51%) (grafico 1).

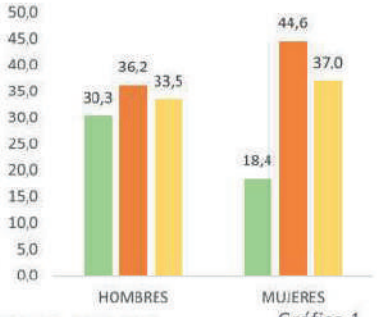


Gráfico 1

NIVEL DE ACTIVIDAD SEGÚN EDAD Y SEXO

En los hombres el porcentaje de un nivel bajo de actividad física aumenta con la edad, mientras que en las mujeres se mantiene relativamente estable en los diferentes grupos de edad. (grafico 2).

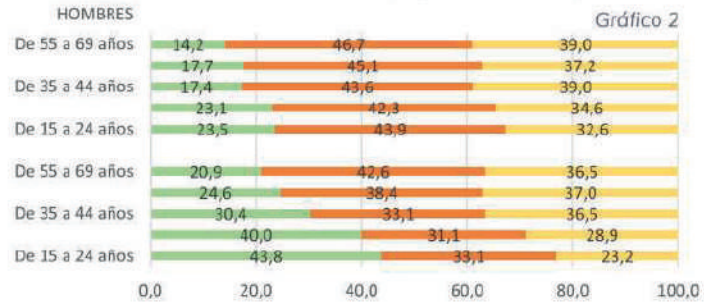


Gráfico 2



NIVEL BAJO DE ACTIVIDAD FÍSICA SEGÚN CLASE SOCIAL

El nivel de actividad física bajo fue mayor en las clases social menos favorecidas (38,9%) que en las clases altas (30,1%). Tanto en hombres como en mujeres el nivel de actividad física es menor en las clases sociales más desfavorecidas, si28endo ligeramente más acentuado en las mujeres (grafico 3).

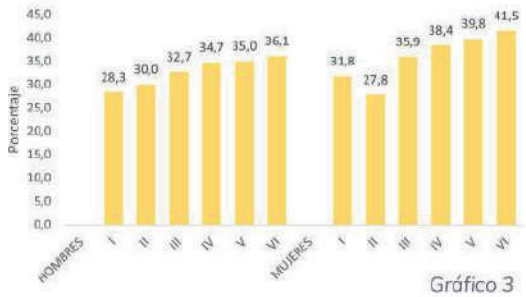


Gráfico 3

CONCLUSIONES

Las mujeres son más inactivas que los hombres. Además, se observa un gradiente social para un nivel de actividad bajo en ambos sexos, siendo ligeramente más acentuado en las mujeres.

Resumen: La actividad física es una estrategia fundamental para elevar el nivel de salud de las poblaciones. Los niveles de cumplimiento de las recomendaciones de actividad física a nivel mundial son preocupantes. Se realizo un estudio descriptivo transversal de datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística y procedentes de la Encuesta Nacional de Salud con el objetivo de comparar las desigualdades en la inactividad física en España según sexo y clase social. Las mujeres son más inactivas que los hombres. Se observa un gradiente social para un nivel de actividad bajo en ambos sexos, siendo más acentuado en las mujeres.

Palabras Clave: Encuestas epidemiológicas (Health Surveys), Ejercicio Físico (Exercise). Factores Socioeconómicos (Socioeconomic Factors).

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La actividad física (AF) realizada de manera regular disminuye el riesgo de muerte prematura y puede aumentar la esperanza de vida hasta en 7 años (1). Existe evidencia de múltiples beneficios para la salud de la AF que incluye un menor riesgo de enfermedades crónicas entre ellas las enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes y cáncer de mama y colón (2). La inactividad física se asocia al 10% de los casos de cáncer de colon y mama (1) . Además, la AF también es beneficiosa para la salud mental y puede ayudar a mantener un peso saludable (2).

A pesar de que la AF constituye un factor clave para elevar el nivel de salud de las poblaciones, así como para la prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas una gran cantidad de personas no alcanza los niveles recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). A nivel mundial, aproximadamente 27,5% de los adultos y el 81% de los adolescentes no cumplen con los niveles de actividad física recomendados por la OMS (3).

Objetivos:

- Comparar la magnitud de las desigualdades en la frecuencia de inactividad física en España entre hombres y mujeres y según clase social.

Metodología:

Estudio descriptivo transversal de datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) y procedentes de la Encuesta Nacional de Salud en España (ENSE) de 2017 (4). La ENSE es representativa a nivel nacional de las personas que residen en viviendas familiares en el territorio español en 2017. Se utilizo un muestreo probabilístico trietápico estratificado. La página oficial del INE describe con detalles la metodología de la ENSE.

Se recabaron datos de 29.195 entrevistas realizadas mediante entrevista personal en los hogares entre octubre de 2016 y octubre de 2017. De las cuales, 23.089 de ellas a personas de 15 y más años y 6.106 a menores de 15 años.

Se selección a la población entre 15 y 69 años. Las variables independientes fueron: sexo (hombre/mujer); edad (15-24; 25-34; 35-44; 45-54; y 55-69); y la clase social (I, II, III, IV, V y VI). Dependientes:

Se utilizó el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ) para la clasificación de los niveles de actividad física. Este cuestionario recoge la actividad física el nivel de actividad física realiza en el tiempo de ocio, durante los desplazamientos, en el hogar o en el trabajo, siempre que dure más de 10 minutos. Las categorías fueron: Nivel alto, moderado y bajo.

Los datos fueron obtenidos de las bases de datos públicas del INE (www.ine.es) y son datos anonimizados, no identificables, de uso público por lo que no fue necesario obtener la aprobación del Comité de Ética de Investigación, siguiendo la legislación española. Los ficheros de uso público según el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, no se consideran confidenciales.

Resultados:

El 35,3% de la población entre 15 y 69 años no alcanza las recomendaciones mínimas de actividad física saludable según la OMS. El incumplimiento es mayor en las mujeres (37%) que en los hombres (33,51%). Es de señalar que las mayores diferencias más marcadas se encuentran en la actividad física de nivel alto, siendo bastante mayor en las mujeres, el (18,41% de las mujeres frente al 30,29% en los hombres) (grafico 1). En los hombres, el porcentaje de un nivel bajo de actividad física aumenta con la edad, mientras que en las mujeres el porcentaje se mantiene relativamente estable en los diferentes grupos de edad. El nivel bajo de actividad física es más frecuente en mujeres en todos los grupos de edad (grafico 2).

El nivel de actividad física bajo fue mayor en las clases social menos favorecidas (38,9%) que en las clases altas (30,1%). Tanto en hombres como en mujeres el nivel de actividad física es menor en las clases sociales más desfavorecidas, siendo ligeramente más acentuado en las mujeres, a excepción de las mujeres de la clase I que obtuvieran un ligero aumento del porcentaje de incumplimiento (grafico 2).

Conclusiones:

Las mujeres son más inactivas que los hombres y se mantiene en todos los grupos de edad. Además, se observa un gradiente social para un nivel de actividad bajo en ambos sexos, siendo ligeramente más acentuado en las mujeres.

Bibliografía

1.- Expertos GDE, Papps DEL. Recomendaciones preventivas cardiovascualres. PAPPS 2018. 2018;50(Supl 1):4–28.

2.- Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1•9 million participants. Lancet Glob Heal [Internet]. 2018 Oct 1 [cited 2022 Nov 13];6(10):e1077–86. Available from: 10.1016/S2214-109X(18)30357-7. doi:10.1016/S2214-109X(18)30357-7

3. - Organizacion Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre actividad física y hábitos sedentarios. J Chem Inf Model [Internet]. 2020;1(9):1–17.

4.- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud [Internet]. [cited 2023 Jun 14].

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 66

Diagnóstico del Pie Diabético en Enfermería.

Chaparro Galán, Miriam
Nieto Aparicio, Saúl
Cantero Rivero, Virginia
Sobrino Lorente, María del Pilar
Carrero Maldonado, Silvia

Diagnóstico del Pie Diabético en Enfermería

XIV CONGRESO DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA
Autor: MIRIAM CHAPARRO GALÁN
Coautores: SAUL NIETO APARICIO, VIRGINIA CANTERO RIVERO, MARIA DEL PILAR SOBRINO LORENTE, SILVIA CARRERO MALDONADO

Introducción

La **Diabetes Mellitus (DM)** es considerada uno de los **problemas sanitarios** más graves de nuestra sociedad. Se define como un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por **hiperglucemia** crónica.

- Aparece cuando el páncreas no sintetiza suficiente insulina o cuando el organismo no es capaz de utilizar de forma efectiva la insulina sintetizada.
- Se asocia con **complicaciones crónicas** en diferentes órganos (Especialmente en los ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos)

El **Pie Diabético (PD)**, según la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular (2005), se define como:

«Una alteración clínica de base etiopatogénica neuropática e inducida por una hiperglucemia mantenida, en la que con o sin coexistencia de isquemia, y previo desencadenante traumático, se produce lesión y/o ulceración del pie».

- Es una **grave complicación crónica** que afecta a las personas con DM.
- Es la primera causa de amputación no traumática en países desarrollados.
- Disminuye la calidad de vida del paciente y eleva el coste sanitario

Objetivos

Otorgar a los sanitarios el procedimiento diagnóstico del PD para mejorar la calidad de vida de los pacientes con DM y cuidar el gasto en asistencia sanitaria

- Determinar la **etiología y sintomatología** del paciente con PD
- Describir la **exploración precoz** del PD

Material y Método

Búsqueda **bibliográfica** en español e inglés durante los años 2013 – 2023, empleando las bases de datos Pubmed, Dialnet, Medline y Cuiden Plus, utilizando como palabras clave: Diabetes mellitus, hiperglucemia y pie diabético.
También se han utilizado Catálogos de la Salud, Guías de Práctica Clínica y Páginas Webs Oficiales de Asociaciones.

Resultados

El PD se debe a una complicación Neuropática o Isquémica.

- En el caso de etiología **Neuropática**

Cursa con pulso y sin sensibilidad, dolor ni reflejos. Se localiza en la planta del pie. El pie es voluminoso y está caliente. Pueden aparecer deformidades óseas (Pie de Charcot; Dedos en garra…)

- En el caso de etiología **Isquémica:**

Cursa sin pulso y con sensibilidad, dolor y reflejos. Se localiza en los dedos del pie y talones. El pie es delgado y está frío y cianótico. La piel se encuentra brillante, fina, lisa, sin vello

Exploración del Pie Diabético			Instrumento	Lugar aplicación	Resultado patológico
Neurológica	S. Profunda	PalesTésica o Vibratoria	Diapasón Rydel – Seiffer 129 Hz 		2 puntos o más por pie Menos 6 (menor 60 años) Menos 4 (mayor 60 años)
		BaresTésica o Presora	Monofilamento Semmes – Weinseins 10 g 		1 punto o más por pie
	S. Superficial	Táctil	Pincel o Algodón 		2 puntos o más por pie
		Térmica	Barra térmica (Heat – Cold) o tubo cristal con agua a distinta temperatura 		2 puntos o más por pie
		Dolorosa	Pinprick (Palillo punta roma) 		2 puntos o más por pie
	Reflejo aquíleo		Martillo 	Tendón aquíleo 	3 veces por pie (en los 3 intentos)
Vascular	Pulso arterial			Tibial posterior y Pedia **Alternativa: Poplítea y Femoral*	Sin pulso arterial

Conclusiones

Las **úlceras y amputaciones del PD** representan una tragedia para la persona y su familia, así como una exigencia y aumento de gastos para el sistema de salud.

Así, establecer un **diagnóstico precoz** basado en la evidencia, con la intervención de equipos multidisciplinarios y capacitados en el tema, es de vital importancia para nuestra sociedad.

Las recomendaciones para el diagnostico del PD constan de dos fases:

1. Valoración clínica del paciente con DM: A través dicha valoración sospecharemos si el paciente podría presentar una complicación neurológica o isquémica.
2. Exploración física de las extremidades inferiores: A través de instrumentos confirmaremos la presencia o no de complicación crónica grave.

Dada la incidencia del PD y el papel que los profesionales de Enfermería juegan dentro del equipo multidisciplinar que atiende al paciente con DM, se plantea la creación de **Consultas de Enfermería para la valoración del PD** como una oportunidad de mejora de la calidad asistencial que se brinda a estos pacientes.

Bibliografía

Gil-Velázquez, Luisa Estela; Sil-Acosta, María Juana; Domínguez-Sánchez, Elia R.; Torres-Arreola, Laura del Pilar; Medina-Chávez, Juan Humberto. Guía de práctica clínica: Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. 2013; 51(1), 1-16.

Ministerio de Salud. Pautas para la prevención y el abordaje del pie diabético. Buenos Aires, Argentina. 2021; 22-25

Menéndez Fernández, María. El pie diabético: Etiología y Tratamiento. 2020; 29(3): 81-82

Castillo Tirado, Rosa-Ana; Fernández López, Juan Antonio; Castillo Tirado, Francisco Javier. Guía de práctica clínica en el pie diabético. 2014; 10 (21): 7-8.

Blasco Gil S. Consulta de Enfermería para la valoración de pie diabético. Una oportunidad de mejora. Metas Enfermería. Marzo 2015; 18(2): 6-12.

Resumen: **Introducción:** La Diabetes Mellitus (DM) es considerada uno de los problemas sanitarios más graves de nuestra sociedad y se asocia con complicaciones crónicas entre las que destaca el Pie Diabético (PD), por ser la primera causa de amputación no traumática en países desarrollados.

Objetivos: Mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Material y método: Revisión bibliográfica de artículos publicados en los 10 últimos años.

Resultados: PD se debe a una complicación Neuropática o Isquémica.

Conclusiones: Las recomendaciones para el diagnóstico del PD constan de dos fases: valoración clínica del paciente con DM y exploración física de las extremidades inferiores.

Palabras Clave: Diabetes Mellitus, Hiperglucemia, Pie Diabético.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La **Diabetes Mellitus (DM)** es considerada uno de los **problemas sanitarios** más graves de nuestra sociedad.

Se define como un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por **hiperglucemia** crónica.

• Aparece cuando el páncreas no sintetiza suficiente insulina o cuando el organismo no es capaz de utilizar de forma efectiva la insulina sintetizada.

• Se asocia con **complicaciones crónicas** en diferentes órganos (Especialmente en los ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos)

El **Pie Diabético (PD)**, según la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular (2005), se define como *«Una alteración clínica de base etiopatogénica neuropática e inducida por una hiperglucemia mantenida, en la que con o sin coexistencia de isquemia, y previo esencadenante traumático, se produce lesión y/o ulceración del pie»*.

• Es una **grave complicación crónica** que afecta a las personas con DM.

• Es la primera causa de amputación no traumática en países desarrollados.

• Disminuye la calidad de vida del paciente y eleva el coste sanitario

Objetivos:

Otorgar a los sanitarios el procedimiento diagnóstico del PD para mejorar la calidad de vida de los pacientes con DM y cuidar el gasto en asistencia sanitaria

• Determinar la **etiología y sintomatología** del paciente con PD

• Describir la **exploración precoz** del PD

Metodología:

Búsqueda **bibliográfica** en español e inglés durante los años 2013 – 2023, empleando las bases de datos Pubmed, Dialnet, Medline y Cuiden Plus, utilizando como palabras clave: Diabetes mellitus, hiperglucemia y pie diabético.

También se han utilizado Catálogos de la Salud, Guías de Práctica Clínica y Páginas Webs Oficiales de Asociaciones.

Resultados:

El PD se debe a una complicación Neuropática o Isquémica.

• En el caso de etiología **Neuropática**: Cursa con pulso y sin sensibilidad, dolor ni reflejos. Se localiza en la planta del pie. El pie es voluminoso y está caliente. Pueden aparecer deformidades óseas (Pie de Charcot; Dedos en garra…)

• Exploración neurológica.

• **Profunda**:

-Palestésica o vibratoria (instrumento: Diapasón Rydel-Seiffer 129Hz)

-Barestésica o Presora (instrumento: Monofilamento Semmes-Weinseins 10g)

• **Superficial**:

-Táctil (instrumento: pincel o algodón)

-Térmica (instrumento: barra térmica)

-Dolorosa (instrumento: pinprick)

• **Reflejo aquíleo** (instrumento: martillo)

• En el caso de etiología **Isquémica**: Cursa sin pulso y con sensibilidad, dolor y reflejos. Se localiza en los dedos del pie y talones. El pie es delgado y está frío y cianótico. La piel se encuentra brillante, fina, lisa, sin vello

• Exploración vascular: **Pulso arterial** (tibial posterior y pedio)

Conclusiones:

Las **úlceras y amputaciones del PD** representan una tragedia para la persona y su familia, así como una exigencia y aumento de gastos para el sistema de salud.

Así, establecer un **diagnóstico precoz** basado en la evidencia, con la intervención de equipos multidisciplinarios y capacitados en el tema, es de vital importancia para nuestra sociedad.

Las recomendaciones para el diagnóstico del PD constan de dos fases:

1. Valoración clínica del paciente con DM: A través dicha valoración sospecharemos si el paciente podría presentar una complicación neurológica o isquémica.

2. Exploración física de las extremidades inferiores: A través de instrumentos confirmaremos la presencia o no de complicación crónica grave.

Dada la incidencia del PD y el papel que los profesionales de Enfermería juegan dentro del equipo multidisciplinar que atiende al paciente con DM, se plantea la creación de **Consultas de Enfermería para la valoración del PD** como una oportunidad de mejora de la calidad asistencial que se brinda a estos pacientes.

Bibliografía

1.- Gil-Velázquez, Luisa Estela; Sil-Acosta, María Juana; Domínguez-Sánchez, Elia R.; Torres-Arreola, Laura del Pilar; Medina-Chávez, Juan Humberto. Guía de práctica clínica: Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. 2013; 51(1), 1-16.

2.- Ministerio de Salud. Pautas para la prevención y el abordaje del pie diabético. Buenos Aires, Argentina. 2021; 22-25

3.- Menéndez Fernández, María. El pie diabético: Etiología y Tratamiento. 2020; 29(3): 81-82

4.- Castillo Tirado, Rosa-Ana; Fernández López, Juan Antonio; Castillo Tirado, Francisco Javier. Guía de práctica clínica en el pie diabético. 2014; 10 (21): 7-8.

5.- Blasco Gil S. Consulta de Enfermería para la valoración de pie diabético. Una oportunidad de mejora. Metas Enfermería. Marzo 2015; 18(2): 6-12.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 67

Dolor lumbar crónico y Magnetoterapia

Lucendo Ocaña, Eva
Poza Lucena, Emilia
García Roncero, David

XIV Congreso de investigación Enfermería y Fisioterapia.
"INVESTIGAR PARA AVANZAR"

DOLOR LUMBAR CRÓNICO Y MAGNETOTERAPIA

Poza Lucena E., Lucendo Ocaña E., Garcia Roncero D.



INTRODUCCIÓN

El **dolor lumbar** presenta una alta prevalencia y afecta a más del **80%** de la población, siendo una de las principales causas de discapacidad.

OBJETIVOS

Comprobar la eficacia de la **magnetoterapia** en el dolor lumbar crónico.



MATERIAL Y MÉTODO

-Búsqueda Bibliográfica: PubMed Cochrane

-Medical Subject Headings (MeSH): LOW BACK PAIN / MAGNETIC FIELDS THERAPY / CHRONIC

-Criterios de inclusión:

1. Últimos 5 años
2. Tratamiento dolor lumbar crónico no específico utilizando campos magnéticos de manera aislada o combinado con otras técnicas de fisioterapia

-48 artículos encontrados → **2 artículos seleccionados.**

RESULTADOS

1 A.M. ELSHIWI et al.

4 SEMANAS DE TRATAMIENTO

A MAGNETOTERAPIA (FR:50HZ, I: 20 G) + US+TENS+ EJERCICIOS

B TRATAMIENTO SIN MAGNETOTERAPIA

Grupo A mejores resultados en en **alivio del dolor**

2 KHALID ABDULKAREEM ALZAYET et al.

SEGUIMIENTO: 3 SEMANAS (CP) 6-13 SEMANAS (LP)

A MAGNETOTERAPIA + EJERCICIOS

B EJERCICIO

Grupo A mejora el dolor lumbar a **corto plazo.**
Grupo A y B no hay diferencias a largo plazo.

CONCLUSIONES

Cuando hablamos de **dolor lumbar crónico** no específico y aplicación de **magnetoterapia** para su alivio no encontramos artículos que sólo apliquen esta técnica, siempre la aplica en combinación con otras técnicas de fisioterapia por lo que es imposible concluir si la magnetoterapia por sí sola es capaz de disminuir el dolor y la discapacidad en estos pacientes. Se necesitan ensayos clínicos que comparen de manera aislada la aplicación de magnetoterapia en el tratamiendo del dolor.

BIBLIOGRAFÍA

SCAN ME

Resumen: El dolor lumbar presenta una alta prevalencia y afecta a más del 80% de la población, siendo una de las principales causas de discapacidad. Se quiere comprobar la eficacia de la magnetoterapia en el dolor lumbar crónico. En un estudio comparan el tratamiento de magnetoterapia combinado con otras técnicas de fisioterapia y tratamiento sin magnetoterapia; y en otro estudio realizan tratamiento de magnetoterapia más ejercicio en comparación con un grupo que realiza ejercicio. En conclusión, la bibliografía siempre la aplica en combinación con otras técnicas de fisioterapia por lo que es imposible concluir si la magnetoterapia por sí sola es capaz de disminuir el dolor y discapacidad en estos pacientes.

Palabras Clave: Dlow Back Pain, Magnetic Field Therapy, Chronic

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El dolor lumbar presenta una alta prevalencia y afecta a más del 80% de la población, siendo una de las principales causas de discapacidad. La magnetoterapia ha sido usada para el tratamiento del dolor, sin embargo, su eficacia en el dolor lumbar crónico no ha sido establecida.

Objetivos:

Comprobar la eficacia de la magnetoterapia en el dolor lumbar crónico.

Metodología:

Se trata de una revisión bibliográfica de artículos publicados los cinco últimos años, incluyendo como palabras clave LOW BACK PAIN, MAGNETIC FIELDS THERAPY y CHRONIC y usando como operadores boleanos AND. Se realiza una búsqueda en las siguientes bases de datos PUBMED Y COCHRANE y se localizan un total de 48 artículos que tras ser revisados fueron excluidos 46 de ellos por no cumplir los criterios de inclusión: tratamiento únicamente de dolor lumbar crónico no específico utilizando campos magnéticos de manera aislada o en combinación con alguna otra técnica de fisioterapia.

Resultados:

Según A.M. Elshiwi et al. La aplicación de magnetoterapia de baja frecuencia (50Hz) y baja intensidad (20 Gauss) combinado con US, TENS y programa de ejercicio obtiene mejores resultados en cuanto al alivio de dolor tras 4 semanas de tratamiento en comparación con la aplicación del tratamiento sin magnetoterapia.

Khalid Abdulkareem Alzayed et al. corroboran que la aplicación de campos magnéticos combinados con ejercicio mejora sustancialmente el dolor lumbar cuando lo medimos a corto plazo (3 semanas), ya que ellos hicieron la comparativa de magnetoterapia y ejercicio frente al grupo que solo realizaba ejercicio, pero no hay mucha diferencia si lo comparamos con el grupo que solo realiza ejercicio a largo plazo (6 y 13 semanas).

Si lo que comparamos es la mejoría a nivel de la discapacidad en ambos estudios obtienen los mismos resultados que en relación a la variable dolor.

Conclusiones:

Cuando hablamos de dolor lumbar crónico no específico y aplicación de magnetoterapia para su alivio no encontramos artículos que hagan una comparativa aplicando simplemente esta técnica, la bibliografía reciente siempre la aplica en combinación con otras técnicas de fisioterapia por lo que es imposible concluir si la magnetoterapia por sí sola es capaz de disminuir el dolor y discapacidad en estos pacientes. Lo que sí podemos concluir es que su aplicación combinada con otras técnicas favorece el alivio en cuanto a la intensidad del dolor y discapacidad. Se necesitan ensayos clínicos que comparen de manera aislada la aplicación de magnetoterapia en el tratamiento del dolor.

Bibliografía

1.- Bravo Acosta T. Diagnóstico y rehabilitación en enfermedades ortopédicas [en línea]. Ciudad de LaHabana: Editorial Ciencias Médicas; 2006 [citado 15 de mayo 2015]. p. 307. Disponible en: http://bvs.sld.cu/libros_texto/rehabilitacion_ortopedica/completo_diagn_reh.pdf.

2.- Guía de manejo del dolor lumbar [en línea]. 2013. Disponible en: http://www.sagesa.reus.net.

3.- Cano MS, Moyano BF, Vila LM, Louro GA. Novedades en el manejo del dolor lumbar. Atención Primaria Atención Primaria [revista en internet]. 2001 [citado 15 de mayo 2015]; 28(10): 662-67. Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-novedades-el-manejo-del-dolor-13023743.

4.- Seguí DM, Gérvas J.¨El dolor lumbar. Semergen Medicina Familiar [revista en internet]. 2002, Enero [citado 15 de mayo 2015]; 28(1). Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.elsevier.es.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 68

Dolor pélvico crónico, Endometriosis y Fisioterapia

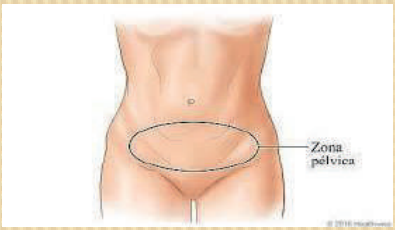
Arcas Domínguez, Sandra
Palencia Guerrero, Mª Teresa
Lozano Jimenez, Sandra

DOLOR PÉLVICO CRÓNICO, ENDOMETRIOSIS Y FISIOTERAPIA

Sandra Arcas Domínguez MªTeresa Palencia Guerrero Sandra Lozano Jimenez

INTRODUCCIÓN

El dolor pélvico crónico se define como un dolor cíclico o no, de al menos 6 meses de duración. Tiene un impacto considerable en la calidad de vida de las pacientes. La endometriosis es una patología con alta prevalencia entre las mujeres. El síntoma principal es el dolor. Las terapias actuales van enfocadas en disminuir los síntomas y la fisioterpia tiene un papel fundamental.

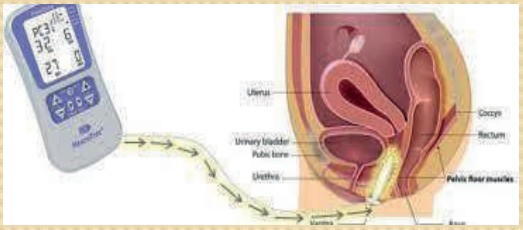


OBSERVACIÓN CLÍNICA

Mujer que acude a fisioterapia con los siguientes sintomas:
Dolor pélvico, congestión pélvica, disminución del tono musucular en suelo pelvico, deficit en la contracción del trasnverso del abdomen, distensión abdominal. Además presenta endometriosis y malestar digestivo.

PLAN DE CUIDADOS DE FISIOTERAPIA

Desde el punto de vista de la fisioterapia se incluyen técnicas para abordar los siguientes objetivos:
Disminuir el dolor: terapia miofascial de puntos gatillos, electroterapia analgésica.
Disminuir la congestión pélvica: diatermia capacitiva y resistiva en la zona suprapubica para relajar y mejorar la circulación sanguinea abdomino-pélvica.
Trabajar conciencia del trasnverso: terapia 5p y gimnasia abdominal hipopresiva.
Mejorar musculatura del suelo pélvico: electro-estimulación intra vaginal y contracciones activas de la musculatura profunda del periné.
Mejorar las digestiones y disminuir la distensión abdominal: se le recomiendan pautas nutricionales enfocadas en disminuir la inflamación intestinal, estreñimiento y controlar los problemas hormonales que la endometriosis conlleva.



CONCLUSION Y DISCUSIÓN

Tras aplicar las técnicas de fisioterpia se consigue una disminución de la sintomatología, menor inflamación abdominal, mejor control abdomino-pélvico, mejor contractibilidad de la musculatura pélvica y mejorar el dolor pélvico en general.

El dolor pélvico es una problemática muy común en mujeres y más aún en mujeres que sufren endometriosis. Por esta razón es interesante intentar englobar esta patología dentro de un tratamiento multimodal, y en este sentido es más que recomendable la integración de la fisioterapia ya que mediante dicho enfoque podremos englobar más factores agravantes de esta patología.



BIBILIOGRAFIA

1.Efectividad de los dispositivos de radiofrecuencia no-ablativa para el abordaje de los síntomas derivados de las disfunciones del suelo pélvico
Galmés López, María Isabel
URI: http://hdl.handle.net/11201/153294

2. **Physiotherapy for pelvic pain and female sexual dysfunction: an untapped resource**. B. Berghmans
Int Urogynecol J, 29 (2018), pp. 631-638

3. **Clinical implication of latent myofascial trigger point**.
D. Celik, E.K. Mutlu
Curr Pain Headache Rep, 17 (2013), p. 353

4. **Pathophysiology of endometriosis-associated pain: a review of pelvic and central nervous system mechanisms**.
L. Coxon, A.W. Horne, K. Vincent
Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 51 (2018), pp. 53-67

Resumen: El dolor pélvico crónico tiene un impacto considerable en la calidad de vida de los pacientes. La endometriosis es una patología cuyo síntoma principal es el dolor, la inflamación y la congestión pélvica que afecta a la calidad de vida de las pacientes. Actualmente las principales técnicas que se utilizan para el alivio de la sintomatología están enfocadas en disminuir los síntomas a partir de terapias médicas, generalmente hormonales que no carecen de efectos adversos. La endometriosis requiere el enfoque biopsicosocial en su tratamiento que incluye la fisioterapia.

Palabras Clave: Dolor Pélvico Crónico, Fisioterapia, Endometriosis

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El dolor pélvico crónico se define como un dolor cíclico o no cíclico de al menos 6 meses de duración. Tiene un impacto considerable en la calidad de vida de los pacientes. La endometriosis es una patología con alta prevalencia entre las mujeres. El síntoma principal es el dolor, y afecta a la calidad de vida de las pacientes. Las terapias médicas, enfocadas a disminuir los síntomas, son las que más se realizan y no carecen de efectos adversos. La endometriosis requiere el enfoque biopsicosocial en su tratamiento que incluye la fisioterapia.

Observación clínica:

Mujer que acude al servicio de fisioterapia con dolor pélvico, congestión pélvica, déficit de contracción del transverso abdominal y disminución del tono muscular en suelo pélvico y orgasmos de baja intensidad. La paciente ha sido diagnosticada de endometriosis tras 5 años con dolor e incapacidad funcional en los periodos de ciclo menstrual.

Plan de cuidados de fisioterapia:

Desde el punto de vista de la fisioterapia se incluyen técnicas que ayudaran a bajar la congestión pélvica, a disminuir el dolor, mejorar la conciencia del transverso y a mejorar el tono y por ende mejorar la calidad sexual de la paciente.

Para tratar la congestión pélvica y el dolor, se utilizan técnicas como la terapia miofascial de puntos gatillo en la zona del suelo pélvico, tanto de la musculatura superficial como de la musculatura profunda (trasverso del periné, bulbocavernoso, elevadores del ano…) electroterapia analgésica superficial, por la teoría de las puertas control y la teoría de liberación de endorfinas, que disminuyen la sensación dolorosa. Además, se utiliza diatermia capacitiva y resistiva en la zona supra púbica para relajar y disminuir tensión en los ligamentos uterinos y mejorar la circulación sanguínea de la zona abdomino-pélvica.

Para trabajar específicamente la conciencia del transverso abdominal y el aumento del tono muscular del suelo pélvico, se utiliza el tronco de 5p, gimnasia abdominal hipopresiva y electroestimulación profunda de suelo pélvico.

Por otro lado, se le recomiendan pautas nutricionales enfocadas en disminuir la inflamación intestinal, el estreñimiento, y controlar a nivel hormonal los problemas que la endometriosis conlleva. En este caso se le explica la problemática del gluten, lácteos, azúcares. Todos estos alimentos aumentan la permeabilidad intestinal, provocando un aumento de la inflamación local y por consiguiente un aumento de las restricciones a nivel fascial que disminuyen la movilidad pélvica.

Conclusiones:

Tras trabajar la problemática de la paciente mediante técnicas de fisioterapia y consejos en nutrición enfocada en patologías, se consigue una disminución de su sintomatología, menor inflamación abdominal, mayor control del transverso abdominal, mejor contractibilidad de la musculatura del suelo pélvico y menor dolor pélvico en consecuencia de todas ellas.

Discusión:

El dolor pélvico es una problemática muy común en mujeres y más aún en mujeres que sufren endometriosis. Por esa razón es interesante intentar englobar esta patología dentro de un tratamiento multimodal, y en este sentido es más que recomendable la integración de la fisioterapia ya que mediante dicho enfoque podremos englobar más factores que agraven esta patología.

Bibliografía

1.- Efectividad de los dispositivos de radiofrecuencia no-ablativa para el abordaje de los síntomas derivados de las disfunciones del suelo pélvico

Galmés López, María Isabel

URI: http://hdl.handle.net/11201/153294

2.- Physiotherapy for pelvic pain and female sexual dysfunction: an untapped resource. B. Berghmans

Int Urogynecol J, 29 (2018), pp. 631-638

3.- Clinical implication of latent myofascial trigger point. D. Celik, E.K. Mutlu

Curr Pain Headache Rep, 17 (2013), p. 353

4.- Pathophysiology of endometriosis-associated pain: a review of pelvic and central nervous system mechanisms. L. Coxon, A.W. Horne, K. Vincent

Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 51 (2018), pp. 53-67

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 69

Efectividad de la Humanización de los Cuidados de Enfermería en Unidades Neonatales

López Ruiz, Cecilia María
Díaz Gallego, César
Tentea Laura, Luminita
Manzaneque López, Gemma

SATSE XIV CONGRESO DE INVESTIGACIÓN ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD REAL

EFECTIVIDAD DE LA HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UNIDADES NEONATALES

AUTORES : LÓPEZ RUIZ C.M, DÍAZ GALLEGO C, TENTEA L.L, MANZANEQUE LÓPEZ G.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 1 de cada 10 bebés nacen de forma prematura y son ingresados en las unidades neonatales, donde son expuestos a procedimientos dolorosos. El abordaje humano en este tipo de pacientes es esencial debido a su vulnerabilidad. Por ello se han desarrollado diversos modelos de humanización para lograr unos cuidados neonatales adecuados. En el ámbito de la salud, humanizar significa salvaguardar la dignidad humana según principios, valores y moral. Los profesionales de la enfermería realizan acciones más allá de la atención física a través de la humanización de los cuidados.

MODELOS DE HUMANIZACIÓN

- MÉTODO CANGURO
- FICARE FAMILY INTEGRATED CARE
- NIDCAP NEWBORN INDIVIDUALIZED DEVELOPMENTAL CARE ANS ASSESMENT PROGRAM

OBJETIVOS

- EVALUAR LA EFECTIVIDAD DE LA HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS AL PACIENTE PEDIÁTRICO EN LA UNIDAD NEONATAL
- ANALIZAR LOS BENEFICIOS DE LOS MODELOS DE HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS NEONATALES
- DEFINIR EL ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ANTE LA HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión sistemática en PubMed, CINAHL, Cochrane, Scopus, Cuiden, Scielo, Lilacs y Web of Science.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Publicados entre los años 2015 y 2023.
- Idiomas en español e inglés.
- Estudios cuantitativos, tanto analíticos como experimentales, casos y controles, cohortes, cuasiexperimentales, ensayos clínicos y revisiones sistemáticas y metaanálisis de estudios.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Antigüedad del documento superior a 8 años.
- Idiomas diferente al español e inglés.

RESULTADOS

SELECCIÓN DE 14 ARTÍCULOS, DE LOS CUALES, 9 PRESENTARON LA EVIDENCIA SUFICIENTE PARA CONFIRMAR QUE:

Unos cuidados basados en la humanización favorecen la lactancia materna exclusiva, previene enfermedades y aumenta la seguridad neonatal. La inclusión de la familia en los cuidados haciéndolos partícipes, mejora la salud psicológica parental, disminuye el estrés, aumenta la confianza y autonomía. En el caso del paciente pediátrico, se favorece el aumento de peso, la termorregulación, la estabilidad cardiorrespiratoria y el control del dolor, y se disminuye el tiempo de nutrición parenteral. También se reduce el estrés del neonato y se previenen procesos inflamatorios y enfermedades pulmonares crónicas aportando protección y prevención de la sepsis. Todo ello produce una menor duración de la estancia hospitalaria, lo que conlleva a una reducción del coste económico.

CONCLUSIONES

LA EVIDENCIA DE LA LITERATURA DISPONIBLE SUGIERE QUE:

La efectividad de la humanización de los cuidados al paciente pediátrico en las unidades de neonatología, beneficia en múltiples aspectos al paciente y familiares tanto a nivel sistémico como psicológico.
Los cuidados humanizados son un compromiso de enfermería cuya responsabilidad es elevar al mismo nivel la atención emocional y la atención médica. Por lo que el rol de enfermería es indispensable para la implementación de modelos de humanización, los cuales no suponen un aumento de la carga asistencial ni provocan una disminución de profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

Resumen: La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 1 de cada 10 bebés nacen de forma prematura y son ingresados en las unidades neonatales, donde son expuestos a procedimientos dolorosos. El abordaje humano en este tipo de pacientes es esencial debido a su vulnerabilidad. Por ello se han desarrollado diversos modelos de humanización para lograr unos cuidados neonatales adecuados. En el ámbito de la salud, humanizar significa salvaguardar la dignidad humana según principios, valores y moral. Los profesionales de la enfermería realizan acciones más allá de la atención física a través de la humanización de los cuidados.

Palabras Clave: Humanización de la atención, Neonatos, Unidad de cuidados intensivos neonatal

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 1 de cada 10 bebés nacen de forma prematura y son ingresados en las unidades neonatales, donde son expuestos a procedimientos dolorosos. El abordaje humano en este tipo de pacientes es esencial debido a su vulnerabilidad. Por ello se han desarrollado diversos modelos de humanización para lograr unos cuidados neonatales adecuados. En el ámbito de la salud, humanizar significa salvaguardar la dignidad humana según principios, valores y moral. Los profesionales de la enfermería realizan acciones más allá de la atención física a través de la humanización de los cuidados.

Objetivos:

• Evaluar la efectividad de la humanización de los cuidados al paciente pediátrico en las unidades neonatales.

• Analizar los beneficios de los modelos de humanización de los cuidados neonatales.

• Definir el rol del profesional de enfermería respecto a la humanización de los cuidados en pacientes pediátricos.

Material y Método:

Revisión sistemática en PubMed, CINAHL, Cochrane, Scopus, Cuiden, Scielo, Lilacs y Web of Science, donde se encontraron estudios cuantitativos, tanto analíticos como experimentales: casos y controles, cohortes, cuasiexperimentales, ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y metaanálisis de estos estudios, publicados entre 2018 y 2023 en español e inglés.

Conclusiones:

De los 14 artículos que cumplieron los criterios de inclusión, 9 presentaron la evidencia suficiente para confirmar que unos cuidados basados en la humanización favorecen la lactancia ma-

terna exclusiva, previene enfermedades y aumenta la seguridad neonatal. La inclusión de la familia en los cuidados haciéndolos partícipes, mejora la salud psicológica parental, disminuye el estrés, aumenta la confianza y autonomía. En el caso del paciente pediátrico, se favorece el aumento de peso, la termorregulación, la estabilidad cardiorrespiratoria y el control del dolor, y se disminuye el tiempo de nutrición parenteral. También se reduce el estrés del neonato y se previenen procesos inflamatorios y enfermedades pulmonares crónicas aportando protección y prevención de la sepsis. Todo ello produce una menor duración de la estancia hospitalaria, lo que conlleva a una reducción del coste económico.

Conclusiones:

La evidencia de la literatura disponible sugiere que la efectividad de la humanización de los cuidados al paciente pediátrico en las unidades de neonatología beneficia en múltiples aspectos al paciente y familiares tanto a nivel sistémico como psicológico.

Los cuidados humanizados son un compromiso de enfermería cuya responsabilidad es elevar al mismo nivel la atención emocional y la atención médica. Por lo que el rol de enfermería es indispensable para la implementación de modelos de humanización, los cuales no suponen un aumento de la carga asistencial ni provocan una disminución de profesionales.

Bibliografía

1.- Moreno-Sanz B, Montes MT, Antón M, Serrada MT, Cabrera M, Pellicer A. Scaling up the family Integrated Care model in a level IIIC neonatal intensive care unit: A systematic approach to the methods and effort taken for implementation. Front Pediatr [Internet]. 2021 [citado 25 marzo 2023]; 9:682097. Disponible en: http://dx.doi.org/10.3389/fped.2021.682097

2.- O'Brien K, Robson K, Bracht M, Cruz M, Lui K, Alvaro R, et al. Effectiveness of Family Integrated Care in neonatal intensive care units on infant and parent outcomes: a multicentre, multinational, cluster-randomised controlled trial. Lancet Child Adolesc Health [Internet]. 2018 [citado 25 marzo 2023]; 2(4):245–54. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30039-7

3.- Gómez-Cantarino S, García-Valdivieso I, Moncunill-Martínez E, Yáñez-Araque B, Ugarte Gurrutxaga MI. Developing a family-centered care model in the neonatal 27 intensive care unit (NICU): A new vision to manage healthcare. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2020 [citado 3 abril 2023]; 17(19):7197. Disponible en: http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17197197

4.- Murphy M, Shah V, Benzies K. Effectiveness of Alberta family-Integrated Care on neonatal outcomes: A cluster randomized controlled trial. J Clin Med [Internet]. 2021 [citado 3 abril 2023]; 10(24):5871. Disponible en: http://dx.doi.org/10.3390/jcm10245871

5.- Casper C, Sarapuk I, Pavlyshyn H. Regular and prolonged skin-to-skin contact improves short-term outcomen for very preterm infants: A doce- dependent intervention. Arch Pediatr [Internet]. 2018 [citado 3 abril 2023]; 25(8):469-75. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.arcped.2018.09.008

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 70

Efectividad de la Moxibustión en Embarazadas con Presentación no cefálica

Cabañas Linares, Javier
Lopez Valero, Marián
Catalán Catalán, Estela
Rodriguez López, Maria Luisa

EFECTIVIDAD DE LA MOXIBUSTIÓN EN EMBARAZADAS CON PRESENTACIÓN NO CEFÁLICA

Cabañas Linares J., López Valero M., Catalán Catalán E., Rodrlguez López ML.

INTRODUCCIÓN :

Al final del embarazo, el feto suele encontrarse en presentación cefálica, para encajarse en la posición más favorable para el parto, sin embargo, existe una incidencia de presentación no cefálica del 4% en el momento del parto, y si esta situación no se corrige, suele comportar la finalización del embarazo mediante cesárea programada.
El uso de terapias complementarias como la acupuntura y la moxibustión, en las gestantes con una presentación no cefálica, en el tercer trimestre, ha sido experimentado y publicados los resultados, en revisiones sistemáticas y meta análisis que promueven su utilización.

OBJETIVOS :

Evaluar la evidencia científica disponible respecto a la eficacia del tratamiento con moxibustión frente al tratamiento habitual para favorecer el giro del feto en gestantes con presentación de nalgas.

MATERIAL Y MÉTODOS :

Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos: Pubmed, SciELO, Google Académico. Se utilizaron los siguientes términos de búsqueda libres: moxibustión, artemisa, acupuntura, moxa, investigación sobre efectividad, presentación de nalgas y posición de nalgas.

RESULTADOS :

La **acupuntura** ha ido adquiriendo una gran reputación como tratamiento complementario en el ámbito de la **fertilidad** y el **embarazo**. Cada vez disponemos de más evidencias para su uso y el número de publicaciones al respecto sigue creciendo.
Dadas las numerosas indicaciones basadas en la evidencia para la acupuntura obstétrica y la falta de evidencia de riesgo, la evaluación de beneficios suele decantarse a favor del tratamiento.
Actualmente, podemos encontrar en Servicios de Ginecología y Obstetricia de medicina convencional la posibilidad de recibir tratamientos complementarios con Acupuntura. De esta forma se proporciona a las mujeres embarazadas la opción de poder tratar alteraciones que puedan surgir durante el embarazo de manera segura y efectiva.
Entre las semanas 29 y 32 de gestación, alrededor del 15% de los bebés se encuentran en **posición de nalgas**. Al final del embarazo, el feto suele encontrarse en presentación cefálica para encajarse en la posición más favorable para el parto. Aunque la posición cefálica es la fisiológica y la más habitual en la ecografía del tercer trimestre, como ya hemos dicho, la presentación no cefálica es relativamente frecuente; entre dicha ecografía y el momento del parto se produce un 30% de los giros espontáneos a posición cefálica. Sin embargo, en ocasiones, algunos fetos persisten en dicha posición. Se estima que la frecuencia de presentaciones no cefálicas es de 3,8-4% de todos los embarazos llegados a término.
Si esta situación no se corrige suele comportar finalizar el embarazo mediante una cesárea programada. Actualmente, muchas mujeres prefieren un parto poco intervenido medicamente, pero con la máxima seguridad.
Uno de los objetivos de la OMS (2015) es que las cesáreas disminuyan a un 21% en los hospitales, ya que en los últimos años han aumentado de manera desproporcionada, lo que nos lleva a buscar nuevas alternativas para poder mejorar la calidad asistencial. Existen dos técnicas para intentar girar al feto a una presentación cefálica: **la versión cefálica externa y la moxibustión**.
La **versión cefálica externa** (VCE) es una maniobra que se utiliza para el giro del feto a una posición cefálica. Se trata de un procedimiento manual, que, a través de la manipulación del abdomen, gira al feto para llevarlo a la presentación cefálica.
La **moxibustión** es un método de tratamiento cuyo origen proviene de la Medicina Tradicional China. Es una forma de estimular los puntos de acupuntura con calor, en este caso para fomentar el giro del bebé. En esta técnica se utiliza una barra de moxa (Artemisa Vulgaris) encendida cerca del punto vejiga 67 (V67) o Zhiyin que se encuentra sobre el ángulo ungueal del quinto dedo del pie.
Se ha demostrado que la moxibustión en el punto de acupuntura V 67, utilizada sola o en combinación con acupuntura o medidas posturales para la corrección de presentación no cefálica, produce un efecto positivo.
Respecto a la seguridad, a través de estudios en los cuales se realizaba moxibustión mientras se registraba la actividad cardíaca fetal mediante un registro cardiotocográfico externo, se ha demostrado que esta técnica no causa sufrimiento fetal ni cambios en la variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal y que tampoco provoca contracciones. La única molestia referida por las gestantes que reciben este tratamiento (durante al menos 1 o 2 semanas) es un aumento de la actividad fetal durante el período de tratamiento.



CONCLUSIONES :

El tratamiento con acupuntura y moxibustión debería ofrecerse como primera opción de tratamiento a las embarazadas con un feto en presentación no cefálica, ya que los resultados indican que si se realiza alrededor de la semana 33 se obtiene un alto porcentaje de giro. Se trata de una técnica poco invasiva segura, bien aceptada y de bajo coste sanitario que permitiría reducir los costes del sistema sanitario en la atención al parto y mejorar la satisfacción de las gestantes que podrían finalizar el embarazo mediante parto vaginal, disminuyendo por tanto el número de cesáreas.
En la actualidad, el uso de la moxibustión para la versión cefálica de una presentación no cefálica es un procedimiento de interés tanto para los profesionales sanitarios como para las gestantes, ya que es una técnica efectiva, segura y de fácil aplicación
Hasta que se establezca un protocolo claro para la administración de la moxibustión en forma de guías de práctica clínica, las pautas para su uso deberán extraerse de la literatura disponible.

BIBLIOGRAFÍA :

1. Vas J, Aranda JM, Barón M, Perea-Milla E, Méndez C, Ramírez C, et al. Correcting non cephalic presentation with moxibustion: study protocol for a multi-centre randomised controlled trial in general practice. BMC Complement Altern Med. 2008; 8: 22 [citado el 20 de noviembre de 2015]. Disponible en: http://www.pubmedcentral.nih. gov/articlerender.fcgi?artid=2412837&tool=pmcentrez&rendertype= abstract
2. OMS. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. 1996 [citado el 17 de noviembre de 2017]. Disponible en: http://www.index-f. com/lascasas/documentos/lc0063.pdf
3. Coyle ME, Smith CA, Peat B. Cephalic version by moxibustion for breech presentation. Cochrane Database Syst Rev. 2012;5:CD003928.
4. Zhang QH, Yue JH, Liu M, Sun ZR, Sun Q, Han C, et al. Moxibustion for the correction of non-vertex presentation: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Evid Based Complement Alternat Med. 2013;2013:241027.

Resumen: Al final del embarazo, el feto suele encontrarse en presentación cefálica, para encajarse en la posición más favorable para el parto, sin embargo, existe una incidencia de presentación no cefálica del 4% en el momento del parto, y si esta situación no se corrige, suele comportar la finalización del embarazo mediante cesárea programada.

El uso de terapias complementarias como la acupuntura y la moxibustión, en las gestantes con una presentación no cefálica, en el tercer trimestre, ha sido experimentado y publicados los resultados, en revisiones sistemáticas y meta análisis que promueven su utilización.

Palabras Clave: Moxibustión, Artemisia, Acupuntura, Moxa, Investigación sobre efectividad, Presentación de Nalgas y Posición de Nalgas.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Al final del embarazo, el feto suele encontrarse en presentación cefálica, para encajarse en la posición más favorable para el parto, sin embargo, existe una incidencia de presentación no cefálica del 4% en el momento del parto, y si esta situación no se corrige, suele comportar la finalización del embarazo mediante cesárea programada.

El uso de terapias complementarias como la acupuntura y la moxibustión, en las gestantes con una presentación no cefálica, en el tercer trimestre, ha sido experimentado y publicados los resultados, en revisiones sistemáticas y meta análisis que promueven su utilización.

Objetivos:

Evaluar la evidencia científica disponible respecto a la eficacia del tratamiento con moxibustión frente al tratamiento habitual para favorecer el giro del feto en gestantes con presentación de nalgas.

Resumen:

La acupuntura ha ido adquiriendo una gran reputación como tratamiento complementario en el ámbito de la **fertilidad** y el **embarazo**. Cada vez disponemos de más evidencias para su uso y el número de publicaciones al respecto sigue creciendo.

Dadas las numerosas indicaciones basadas en la evidencia para la acupuntura obstétrica y la falta de evidencia de riesgo, la evaluación de beneficios suele decantarse a favor del tratamiento.

Actualmente, podemos encontrar en Servicios de Ginecología y Obstetricia de medicina convencional la posibilidad de recibir tratamientos complementarios con Acupuntura. De esta forma se proporciona a las mujeres embarazadas la opción de poder tratar alteraciones que puedan surgir durante el embarazo de manera segura y efectiva.

Entre las semanas 29 y 32 de gestación, alrededor del 15% de los bebés se encuentran en **posición de nalgas**. Al final del embarazo, el feto suele encontrarse en presentación cefálica para

encajarse en la posición más favorable para el parto. Aunque la posición cefálica es la fisiológica y la más habitual en la ecografía del tercer trimestre, como ya hemos dicho, la presentación no cefálica es relativamente frecuente; entre dicha ecografía y el momento del parto se produce un 30% de los giros espontáneos a posición cefálica. Sin embargo, en ocasiones, algunos fetos persisten en dicha posición. Se estima que la frecuencia de presentaciones no cefálicas es de 3,8-4% de todos los embarazos llegados a término.

Si esta situación no se corrige suele comportar finalizar el embarazo mediante una cesárea programada. Actualmente, muchas mujeres prefieren un parto poco intervenido medicamente, pero con la máxima seguridad.

Uno de los objetivos de la OMS (2015) es que las cesáreas disminuyan a un 21% en los hospitales, ya que en los últimos años han aumentado de manera desproporcionada, lo que nos lleva a buscar nuevas alternativas para poder mejorar la calidad asistencial. Existen dos técnicas para intentar girar al feto a una presentación cefálica: la versión **cefálica externa y la moxibustión**.

La **versión cefálica externa** (VCE) es una maniobra que se utiliza para el giro del feto a una posición cefálica. Se trata de un procedimiento manual, que, a través de la manipulación del abdomen, gira al feto para llevarlo a la presentación cefálica.

La **moxibustión** es un método de tratamiento cuyo origen proviene de la Medicina Tradicional China. Es una forma de estimular los puntos de acupuntura con calor, en este caso para fomentar el giro del bebé. En esta técnica se utiliza una barra de moxa (Artemisa Vulgaris) encendida cerca del punto vejiga 67 (V67) o Zhiyin que se encuentra sobre el ángulo ungueal del quinto dedo del pie.

Se ha demostrado que la moxibustión en el punto de acupuntura V 67, utilizada sola o en combinación con acupuntura o medidas posturales para la corrección de presentación no cefálica, produce un efecto positivo. Respecto a la seguridad, a través de estudios en los cuales se realizaba moxibustión mientras se registraba la actividad cardíaca fetal mediante un registro cardiotocográfico externo, se ha demostrado que esta técnica no causa sufrimiento fetal ni cambios en la variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal y que tampoco provoca contracciones. La única molestia referida por las gestantes que reciben este tratamiento (durante al menos 1 o 2 semanas) es un aumento de la actividad fetal durante el período de tratamiento.

Conclusiones:

El tratamiento con acupuntura y moxibustión debería ofrecerse como primera opción de tratamiento a las embarazadas con un feto en presentación no cefálica, ya que los resultados indican que si se realiza alrededor de la semana 33 se obtiene un alto porcentaje de giro. Se trata de una técnica poco invasiva segura, bien aceptada y de bajo coste sanitario que permitiría reducir los costes del sistema sanitario en la atención al parto y mejorar la satisfacción de las gestantes que podrían finalizar el embarazo mediante parto vaginal, disminuyendo por tanto el número de cesáreas.

En la actualidad, el uso de la moxibustión para la versión cefálica de una presentación no cefálica es un procedimiento de interés tanto para los profesionales sanitarios como para las gestantes, ya que es una técnica efectiva, segura y de fácil aplicación

Hasta que se establezca un protocolo claro para la administración de la moxibustión en forma de guías de práctica clínica, las pautas para su uso deberán extraerse de la literatura disponible.

Bibliografía

1.- Vas J, Aranda JM, Barón M, Perea-Milla E, Méndez C, Ramírez C, et al. Correcting non cephalic presentation with moxibustion: study protocol for a multi-centre randomised controlled trial in general practice. BMC Complement Altern Med. 2008; 8: 22 [citado el 20 de noviembre de 2015]. Disponible en: http://www.pubmedcentral.nih. gov/articlerender.fcgi?artid=2412837&tool=pmcentrez&rendertype= abstract

2.- OMS. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. 1996 [citado el 17 de noviembre de 2017]. Disponible en: http://www.index-f. com/lascasas/documentos/lc0063.pdf

3.- Coyle ME, Smith CA, Peat B. Cephalic version by moxibustion for breech presentation. Cochrane Database Syst Rev. 2012;5:CD003928.

4.- Zhang QH, Yue JH, Liu M, Sun ZR, Sun Q, Han C, et al. Moxibustion for the correction of non-vertex presentation: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Evid Based Complement Alternat Med. 2013;2013:241027.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 71

Efectividad de las Ondas de Choque Extracorpóreas en la Epicondilitis Lateral: Revisión Bibliográfica

Acosta López, Alexandra
Simón Sierra, Juan José
Bertomeu Moreno, Beatriz

EFECTIVIDAD DE LAS ONDAS DE CHOQUE EXTRACORPÓREAS EN LA EPICONDILITIS LATERAL: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Acosta López A, Simón Sierra JJ, Bertomeu Moreno B

INTRODUCCIÓN

La epicondilitis lateral (LE), también conocida como “codo de tenista”, es una afección musculoesquelética dolorosa del tendón extensor común, causada por el uso excesivo. Clínicamente se manifiesta con dolor en cara dorsal del antebrazo, agravado por la contracción de la musculatura extensora, habitualmente en tareas que requieran agarre.

OBJETIVO

Evaluar la eficacia de las ondas de choque extracorpóreas en el tratamiento(tto) de la epicondilitis lateral y compararla con otros métodos de tto como ultrasonido (US), láser y uso de ecógrafo.

METODOLOGÍA

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

2013-2023
tratamiento ondas de choque
comparativa con otros ttos
epicondilitis lateral
cualquier tipo de estudio

shockwaves
lateral
epicondylitis
efficacy

ondas de choque
epicondilitis lateral
eficacia

Cochrane Library · SciELO · PubMed · ScienceDirect

RESULTADOS

La terapia con ondas de choque ha demostrado generar un efecto regenerador y reparador en los tejidos musculoesqueléticos debido a sus efectos biológicos. Estos incluyen la estimulación de neovascularización, la diferenciación de células madre mesenquimales, la liberación local de factores angiogénicos y la reducción de los niveles de mediadores inflamatorios. Además, se ha observado una disminución en la intensidad del dolor a medio plazo y una mejora en la fuerza de prensión a corto plazo.

- US: se observó un aumento significativo en la fuerza de prensión y una notable reducción del dolor después de 3 meses. Aunque varios estudios indican que el US mejora el dolor a medio y largo plazo, las ondas de choque demostraron una mejor recuperación tanto a corto como a largo plazo en términos de fuerza de prensión.
- Ecógrafo:No se encontró una diferenciación clara entre las ondas de choque y el ecógrafo en cuanto a mejora funcional, alivio del dolor, restauración de las funciones del codo y el impacto en la capacidad de trabajo. Sin embargo, la eficacia de las ondas de choque se consideró superior a la de la ecografía en términos de alivio del dolor y recuperación general. El beneficio del control ecográfico radica en la capacidad de localizar la lesión y determinar la profundidad del foco.
- Láser: No se encontró suficiente bibliografía que exponga todos los beneficios del láser. Sin embargo, se determinó que las ondas de choque son un tto más efectivo que el láser.

CONCLUSIÓN

La terapia de ondas de choque extracorpóreas demostró una superioridad clínica en comparación con el uso del láser y el ultrasonido, respectivamente. El empleo del ecógrafo, aunque ofrece una mayor precisión en el punto de lesión, carece de relevancia más allá de este aspecto.

Se llega a la conclusión de que las ondas de choque tienen un impacto efectivo en la mejora de la intensidad del dolor, la fuerza de prensión, la movilidad y, en general, las actividades de la vida diaria y la calidad de vida del paciente. Por lo tanto, se considera que este método constituye una opción prioritaria para garantizar beneficios a corto y largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Karanasios S, Tsamasiotis GK, Michopoulos K, Sakellari V, Gioftsos G. Clinical effectiveness of shockwave therapy in lateral elbow tendinopathy: systematic review and meta-analysis. Clinical Rehabilitation. 2021;35(10):1383-1398.
2. Yan C, Xiong Y, Chen L, Endo Y, Hu L, Liu M, Liu J, Xue H, Abududilibaier A, Mi B, Liu G. A comparative study of the efficacy of ultrasonics and extracorporeal shock wave in the treatment of tennis elbow: a meta-analysis of randomized controlled trials. J Orthop Surg Res. 2019 Aug 6;14(1):248.
3. Labrada RYH, Escribano RM, Hernández PNI, Arribas MPD, López LEM, Garvín OL. Medium-term results of treatment with piezoelectric shockwaves in lateral epicondylitis. Correo Científico Médico.2020;24(1):73-87.

Resumen: La epicondilitis lateral o "codo de tenista", es causada por el uso excesivo del tendón extensor común. Se evaluó la eficacia de las ondas de choque en comparación con el ultrasonido, láser y el ecógrafo como ayuda diagnostica.

Las ondas de choque mostraron efectos regeneradores, aliviando el dolor y mejorando la fuerza de agarre. Aunque el ecógrafo brinda mayor precisión en la localización de la lesión, su uso no tiene mayor relevancia en el tratamiento.

En resumen, las ondas de choque son una opción prioritaria para mejorar el dolor y la calidad de vida en la epicondilitis lateral.

Palabras Clave: Shockwave, Lateral epicondylitis, Efficacy

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La epicondilitis lateral, también conocida como “codo de tenista”, es una afección musculoesquelética dolorosa del tendón extensor común, causada por el uso excesivo. Clínicamente se manifiesta como dolor en cara dorsal del antebrazo, agravado por la contracción de la musculatura extensora, habitualmente en tareas que requieran agarre.

Objetivos:

Evaluar la eficacia de las ondas de choque extracorpóreas en el tratamiento de la epicondilitis lateral y compararla con otros métodos de tratamiento como ultrasonido (US), láser y uso de ecógrafo como ayuda para el diagnóstico.

Material y Método:

Se llevó a cabo una revisión sistemática en diversas bases de datos, incluyendo Cochrane Library, Pubmed, Science Direct y Scielo, abarcando el periodo de 2013 a 2023. Se utilizaron palabras clave tanto en español como en inglés, tales como "ondas de choque", "epicondilitis lateral", "efectividad", “ultrasonido”, “láser” y “ecógrafo”. Los criterios de inclusión se centraron en artículos que abordaran el tratamiento con ondas de choque en casos de epicondilitis lateral, incluyendo comparaciones con otros métodos de tratamiento. Se consideraron válidos cualquier tipo de estudio y cualquier método en la selección de los artículos.

Resultados:

Durante la revisión, se identificaron más de 368 artículos que cumplían con los criterios de inclusión. De este conjunto, se seleccionaron 10 artículos que se ajustaban a los requisitos deseados. El protocolo más frecuentemente utilizado consiste en 3 sesiones de tratamiento, realizadas una vez a la semana. Todos los artículos analizados incluyeron comparaciones entre las ondas de choque y otros métodos de tratamiento, como el uso de ecógrafo para una aplicación más precisa en la zona afectada, así como la comparativa con el uso de ultrasonido (US) y la terapia láser.

La terapia con ondas de choque ha demostrado generar un efecto regenerador y reparador en los tejidos musculoesqueléticos debido a sus efectos biológicos. Estos incluyen la estimulación de neovascularización, la diferenciación de células madre mesenquimales, la liberación local de factores angiogénicos y la reducción de los niveles de mediadores inflamatorios. Además, se ha observado una disminución en la intensidad del dolor a medio plazo y una mejora en la fuerza de prensión a corto plazo.

Respecto al uso del US, se observó un aumento significativo en la fuerza de prensión y una notable reducción del dolor después de 3 meses. Aunque varios estudios indican que el US mejora el dolor a medio y largo plazo, las ondas de choque demostraron una mejor recuperación tanto a corto como a largo plazo en términos de fuerza de prensión.

Respecto al uso del ecógrafo, no se encontró una diferenciación clara entre el uso o no del ecógrafo como ayuda diagnostica junto a las ondas de choque respecto a mejora funcional, alivio del dolor, restauración de las funciones del codo y el impacto en la capacidad de trabajo. El beneficio del control ecográfico radica en la capacidad de localizar la lesión y determinar la profundidad del foco.

Respecto al láser, no se encontró suficiente bibliografía que exponga todos los beneficios del láser. Sin embargo, se determinó que las ondas de choque son un tratamiento más efectivo que el láser.

Conclusión:

La terapia de ondas de choque extracorpóreas demostró una superioridad clínica en comparación con el uso del láser y el ultrasonido, respectivamente. El empleo del ecógrafo, aunque ofrece una mayor precisión en el punto de lesión, carece de relevancia más allá de este aspecto, puesto que no es una técnica de tratamiento, sino una ayuda para el diagnóstico.

Se llega a la conclusión de que las ondas de choque tienen un impacto efectivo en la mejora de la intensidad del dolor, la fuerza de prensión, la movilidad y, en general, las actividades de la vida diaria y la calidad de vida del paciente. Por lo tanto, se considera que este método constituye una opción prioritaria para garantizar beneficios a corto y largo plazo.

Bibliografía

1.- Karanasios S, Tsamasiotis GK, Michopoulos K, Sakellari V, Gioftsos G. Clinical effectiveness of shockwave therapy in lateral elbow tendinopathy: systematic review and meta-analysis. Clinical Rehabilitation. 2021;35(10):1383-1398.

2.- Yan C, Xiong Y, Chen L, Endo Y, Hu L, Liu M, Liu J, Xue H, Abududilibaier A, Mi B, Liu G. A comparative study of the efficacy of ultrasonics and extracorporeal shock wave in the treatment of tennis elbow: a meta-analysis of randomized controlled trials. J Orthop Surg Res. 2019 Aug 6;14(1):248.

3.- Labrada RYH, Escribano RM, Hernández PNI, Arribas MPD, López LEM, Garvín OL. Medium-term results of treatment with piezoelectric shockwaves in lateral epicondylitis. Correo Científico Médico.2020;24(1):73-87.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 72

Efectividad de las toallitas de clorhexidina alcohólica vs tapones desinfectantes en la prevención de las CLABSI en las Unidades de Cuidados Intensivos

Fernández-Infantes Díaz-Pinto, Cristina
Lozano Calatayud, Raquel

EFECTIVIDAD DE LAS TOALLITAS DE CLORHEXIDINA ALCOHÓLICA VS TAPONES DESINFECTANTES EN LA PREVENCIÓN DE LAS CLABSI EN LA UCI

Fernández-Infantes C.
Lozano R.

Introducción

Las infecciones del torrente sanguíneo asociadas a los catéteres centrales (CLABSI) son una de las principales causas del aumento de la morbimortalidad y de los costes asistenciales en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). La entrada de los microorganismos patógenos al sistema circulatorio tiene lugar a través de los conectores del catéter durante la administración de medicación y/o la extracción de muestras sanguíneas.

Por ese motivo, el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) establece una serie de estrategias para reducir el riesgo de bacteriemias asociadas al catéter venoso central (CVC), entre las que destaca como medida de prevención fundamental la desinfección de dichos conectores o puertos de acceso del catéter. En la actualidad, existen gran variedad de métodos y recursos para su desinfección, no obstante, esta revisión se centra en dos de ellos: la fricción directa mediante toallitas de gluconato de clorhexidina al 2% y alcohol isopropílico (AIP) al 70%, y la desinfección pasiva por medio de tapones impregnados en alcohol isopropílico al 70%

Objetivos

Evaluar la efectividad de 2 técnicas diferentes en la descontaminación de conectores para la prevención de las Infecciones Asociadas con Catéteres Venosos Centrales (CLABSI): desinfección activa mediante fricción de toallitas de gluconato de clorhexidina al 2% y AIP al 70%, y desinfección pasiva por medio de tapones impregnados en AIP al 70%

Material y Método

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en las principales bases de datos (PubMed, SCIELO, Cochrane, CUIDEN, Recolecta) durante los meses de mayo y junio del año 2022. Para dicha búsqueda se emplearon los tesauros: "Alcohol Caps", "Chlorhexidine Wipes" y "CLABSI"; obteniendo una muestra final de 15 artículos, tras la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión previamente definidos (Figura 1).

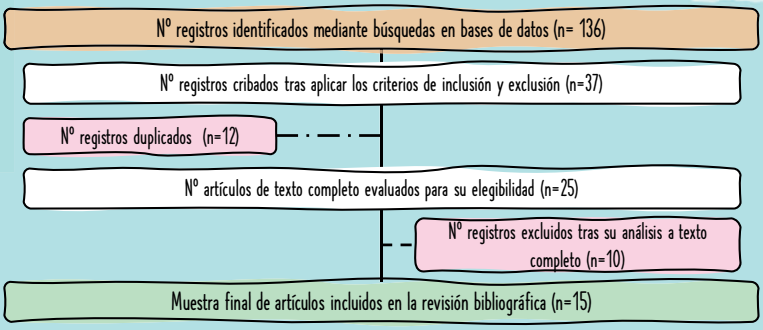


Figura 1. Diagrama de flujo (elaboración propia).

Resultados

De las 15 publicaciones finales incluidas en esta revisión bibliográfica, en la siguiente tabla (Tabla 1) se recogen aquellos estudios, que, tras su análisis, englobaban ambas variables principales de este trabajo: Alcohol Caps, Chlorhexidine Wipes, CLABSI

Autor	Año	Título	Tipo de estudio	Resultado
Tejada S, Leal-dos-Santos M, Peña-López Y, Blot S, Alp E, Rello J	2022	Tapones de barrera antisépticos en infecciones del torrente sanguíneo asociadas a vías centrales: una revisión sistemática y metaanálisis	Revisión Sistemática	Señala la efectividad de los tapones de barrera antisépticos para la reducción significativa del riesgo de CLABSI en comparación con la desinfección manual de los conectores. Del mismo modo, se observó un alto cumplimiento por parte del personal, así como, unos costes asistenciales más reducidos.
Rickard CM, Flynn J, Larsen E, Mihala G, Playford EG, Shaw J et al	2020	Needleless connector decontamination for prevention of central venous access device infection: A pilot randomized controlled trial	Ensayo Controlado Aleatorizado	Se obtuvieron unas tasas del 2% de CLABSI tanto con el empleo de toallitas de AIP al 70% como con tapones impregnados en API al 70%; llegando a disminuir hasta el 0% al combinar gluconato de clorhexidina al 2% con AIP al 70%, lo que aumentó su eficacia como método de desinfección. De la misma manera, el estudio respalda el uso de tapones impregnados en AIP al 70%.
Flynn JM, Larsen EN, Keogh S, Ullman AJ, Rickard CM	2019	Methods for microbial needleless connector decontamination: A systematic review and meta-analysis	Revisión Sistemática	Los estudios comparados en esta revisión muestran que tanto el uso de toallitas de gluconato de clorhexidina al 2% y AIP al 70% como de tapones impregnados en AIP al 70% redujeron la incidencia de CLABSI en comparación con las toallitas de AIP al 70%.
Lorente L	2019	Antisepsia en la colocación y mantenimiento de los catéteres endovasculares	Revisión bibliográfica	Dentro de las recomendaciones recogidas en varias Guías de Práctica Clínica (GPC) se encuentra la desinfección de los conectores de los CVC. En relación a qué producto es más eficaz, se analizó el uso de solo AIP al 70% y de la combinación de gluconato de clorhexidina al 2%-AIP al 70%, obteniendo una mayor desinfección en este segundo grupo. Otra medida incluida es el empleo de los tapones desinfectantes de AIP al 70%, los cuales han demostrado una reducción de las tasas de CLABSI.

Tabla 1. Principales artículos seleccionados para la revisión (elaboración propia).

Conclusiones

La evidencia científica disponible respalda la efectividad de ambas técnicas de desinfección de los conectores del CVC para la prevención de CLABSI.

En el caso de la desinfección activa mediante fricción con toallitas de gluconato de clorhexidina al 2% y alcohol isopropílico al 70% ha demostrado ser más efectiva en comparación con las toallitas con alcohol al 70%, consiguiendo reducir la incidencia de CLABSI en la UCI.

De igual modo, la desinfección pasiva por medio de tapones impregnados en alcohol isopropílico al 70% también se asoció con una disminución significativa de las cifras de CLABSI; observándose además un aumento de la tasa de cumplimiento por parte del personal, evitando al mismo tiempo el problema asociado al olvido humano que puede presentar la desinfección activa.

A pesar de ello, los datos analizados en esta revisión no permiten concluir cuál de estas dos técnicas es el método más óptimo de desinfección, de manera que ambas técnicas en la actualidad son recomendadas de manera indistinta en la práctica clínica.

XVI Congreso de Investigación SATSE Ciudad Real

Resumen: Las infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéteres centrales (CLABSI) son una de las principales causas del aumento de morbimortalidad y costes en la UCI. Como estrategia destinada para reducir su riesgo, destaca la desinfección de conectores.

El objetivo de esta revisión bibliográfica fue evaluar la efectividad de la desinfección activa (toallitas de clorhexidina 2%-AIP 70%) y desinfección pasiva (tapones de AIP 70%) en la descontaminación de conectores para la prevención de CLABSI.

Como conclusión se obtuvo que ambas técnicas de desinfección son efectivas. Sin embargo, los resultados obtenidos no permiten concluir cuál de ellas es el método óptimo.

Palabras Clave: CLABSI, Alcohol Caps, Chlorhexidine Wipes

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Las infecciones del torrente sanguíneo asociadas a los catéteres centrales (CLABSI) son una de las principales causas del aumento de la morbimortalidad y de los costes asistenciales en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). La entrada de los microorganismos patógenos al sistema circulatorio tiene lugar a través de los conectores del catéter durante la administración de medicación y/o la extracción de muestras sanguíneas.

Por ese motivo, el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) establece una serie de estrategias para reducir el riesgo de bacteriemias asociadas al catéter venoso central (CVC), entre las que destaca como medida de prevención fundamental la desinfección de dichos conectores o puertos de acceso del catéter. En la actualidad, existen gran variedad de métodos y recursos para su desinfección, no obstante, esta revisión se centra en dos de ellos: la fricción directa mediante toallitas de gluconato de clorhexidina al 2% y alcohol isopropílico (AIP) al 70%, y la desinfección pasiva por medio de tapones impregnados en AIP al 70%.

Objetivos:

El principal objetivo marcado en esta revisión bibliográfica es evaluar la efectividad de 2 técnicas diferentes en la descontaminación de conectores para la prevención de las Infecciones Asociadas con Catéteres Venosos Centrales (CLABSI): desinfección activa mediante fricción de toallitas de gluconato de clorhexidina al 2% y AIP al 70%, y desinfección pasiva por medio de tapones impregnados en AIP al 70%

Material y Método:

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en las principales bases de datos (PubMed, SCIELO, Cochrane, CUIDEN, Recolecta) durante los meses de marzo y abril del año 2022. Para dicha búsqueda se emplearon los tesauros “Alcohol Caps AND Chlorhexidine Wipes”, “Alcohol Caps AND CLABSI”, “Chlorhexidine Wipes AND CLABSI”, “Alcohol Caps AND Chlorhexidine Wipes AND CLABSI”; obteniendo una muestra final de 15 artículos, tras la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión previamente definidos.

Resultados:

Tras la búsqueda bibliográfica se obtuvieron 136 artículos, de los cuales, tras aplicar los criterios de inclusión/exclusión, se analizaron 25 artículos a texto completo, incluyendo 15 de ellos en esta revisión bibliográfica.

Tras el análisis de los artículos seleccionados, los resultados obtenidos confirman la efectividad de ambas técnicas de desinfección de los conectores de CVC en la prevención de CLABSI, aunque no existen datos concluyentes que abalen el empleo de una sobre otra.

Estudios como el llevado a cabo por Flynn JM et al. mostró como el empleo de toallitas de clorhexidina al 2%-AIP al 70% y de tapones impregnados en AIP al 70% redujeron la incidencia de las CLABSI.

Asimismo, López CG et al. en su revisión bibliográfica, recoge como ambas técnicas de desinfección se asociaron con una disminución de 2/3 de las cifras de CLABSI. En el mismo estudio, recalca la efectividad clínica de los tapones desinfectantes, al observarse una alta tasa de cumplimiento y una reducción de costes asociados, asegurando, al mismo tiempo, su acción desinfectante ante posibles olvidos del personal en su realización. A esa misma conclusión llegó en su revisión sistemática Tejada S et al., donde señala la efectividad de los tapones de barrera antisépticos en la prevención de las CLABSI, garantizando que los puertos de entrada al CVC siempre se encuentren descontaminados, lo que llevó a un aumento del cumplimiento por parte del personal, así como, a unos costes asistenciales más reducidos.

Por su parte, Roberts SC et al. observó una reducción de la carga bacteriana tanto con las toallitas de clorhexidina al 2%-AIP al 70% como con los tapones impregnados en AIP al 70%, siendo ésta más significativo en el primer grupo. De la misma manera, en la investigación llevada a cabo por Rickard CM et al. muestra como el empleo de ambos métodos de desinfección consiguió disminuir a una tasa del 2% las CLABSI; llegando incluso hasta el 0% al combinar clorhexidina al 2% con AIP al 70%, lo que aumentó su eficacia como método de desinfección.

A su vez, Lorente L. analizó el uso de toallitas de AIP al 70% y de la combinación de clorhexidina al 2%-AIP al 70%, obteniendo una mayor desinfección en este segundo grupo; al igual que también respalda el uso de tapones de AI

Conclusión:

La evidencia científica disponible respalda la efectividad de ambas técnicas de desinfección de los conectores del CVC para la prevención de CLABSI.

En el caso de la desinfección activa mediante fricción con toallitas de gluconato de clorhexidina al 2% y alcohol isopropílico al 70% ha demostrado ser más efectiva en comparación con las toallitas con alcohol al 70%, consiguiendo reducir la incidencia de CLABSI en la UCI. De igual modo, la desinfección pasiva por medio de tapones impregnados en alcohol isopropílico al 70% también se asoció con una disminución significativa de las cifras de CLABSI; observándose además un aumento de la tasa de cumplimiento por parte del personal, evitando al mismo tiempo el problema asociado al olvido humano que puede presentar la desinfección activa.

A pesar de ello, los datos analizados en esta revisión no permiten concluir cuál de estas dos técnicas es el método óptimo de desinfección, de manera que ambas técnicas en la actualidad son recomendadas indistintamente en la práctica clínica. Por consiguiente, y dada la importancia de

los resultados obtenidos, son necesarias nuevas líneas de investigación adicionales, que permitan ampliar el conocimiento sobre el presente tema.

Bibliografía

1.- Tejada S, Leal-dos-Santos M, Peña-López Y, Blot S, Alp E, Rello J. Tapones de barrera antisépticos en infecciones del torrente sanguíneo asociadas a vías centrales: una revisión sistemática y metanálisis. Revista Europea de Medicina Interna. 2022; 99: 70-81.

2.- Flynn JM, Larsen EN, Keogh S, Ullman AJ, Rickard CM. Methods for microbial needleless connector decontamination: A systematic review and meta-analysis. Am J Infect Control. 2019;47(8):956-962.

3.- Lorente L. Antisepsia en la colocación y mantenimiento de los catéteres endovasculares. Med Intensiva. 2019;43(S1):39-43.

4.- López CG, Noguera HG, Barboza MV, Ramírez JM, Orozco G, Ibarra WG. Efecto del uso de protectores puerto desinfectantes para la disminución de las bacteriemias asociadas a catéteres venosos centrales. Enfermería Actual de Costa Rica. 2020; (38): 230-244

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 73

Efectividad del mindfulness para prevenir el burnout en profesionales sanitarios.

Ferreiro Tiemblo, Mónica
Ferreiro Tiemblo, Elena
Álvarez Hernández, César

XIV CONGRESO SATSE CIUDAD REAL

EFECTIVIDAD DEL MINDFULNESS PARA PREVENIR EL BURNOUT EN PROFESIONALES SANITARIOS

Mónica Ferreiro Tiemblo. Fisioterapeuta. Clínica de fisioterapia Nerea Piñeiro.
Elena Ferreiro Tiemblo. Enfermera especialista en Salud Mental. Complejo Asistencial de Ávila.
César Álvarez Hernández. Enfermero especialista en EFYC. Complejo Asistencial de Ávila.

INTRODUCCIÓN

- El "**síndrome del trabajador quemado**", o **Burnout**, es una reacción adaptativa anómala al estrés laboral mantenido en el tiempo, provocando disfunción a nivel personal y profesional (1).
- Los **profesionales sanitarios sufren altos niveles de burnout** (hasta el 44% de ellos); debido a la implicación psicológica y emocional de su trabajo; así como a niveles elevados de compromiso, exigencia y autocrítica. Esto tiene una gran transcendencia; ya que **no solo afecta a nivel individual, sino también a nivel institucional**. Como consecuencia produce un deterioro en la calidad de atención y la humanidad del cuidado (1,2).
- Por tanto, es necesaria una estrategia para reducir estos niveles de estrés en el personal sanitario. El **mindfulness**; también llamado atención plena, es estar atento de manera consciente e intencional a lo que se hace en el momento presente. **Ha demostrado ser efectivo en diferentes alteraciones de salud mental**; por lo que se está utilizando como mecanismo de prevención para el burnout (2).

OBJETIVOS

Revisión bibliográfica para evaluar la efectividad de programas de mindfulness para prevenir el burnout en profesionales sanitarios.

MATERIAL Y MÉTODOS

BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

ScienceDirect	Pubmed
Scielo	Cochrane
Dialnet	Cuiden

CRITERIOS DE INCLUSIÓN
- Español/Inglés.
- Últimos 5 años.
- Texto completo gratuito.
- Estudios sobre profesionales sanitarios

DECS:
- Mindfulness
- Burnout
- Profesionales de salud

TRAS LECTURA CRÍTICA SE SELECCIONAN 3 ARTÍCULOS PARA ESTE TRABAJO



RESULTADOS

Los estudios indican que el mindfulness en profesionales sanitarios con burnout (2,3):

- Mejora el estrés, la ansiedad, la atención, la calidad de vida percibida, la autocompasión, el cansancio emocional y la regulación emocional.
- Tiene una buena valoración subjetiva por parte de los usuarios de dicha técnica.
- Aumenta la realización personal.

Esto se mide mediante diferentes escalas (2,3):

- Copenhagen Burnout Inventory (CBI)
- Malach-Pines Scale y Professional Quality of Life Measure
- Escala BSI (Inventario Breve de Síntomas)
- Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)
- Cuestionario de Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT).

CONCLUSIONES

- Se necesita investigar más sobre el tema, ya que el mindfulness se ha empezado a usar recientemente (1).
- Se está extendiendo esta práctica a través de internet, online, whatsapp, etc; para llegar a más población (2).
- Se propone realizar estudios que corroboren estos resultados; con pruebas de imagen o niveles de cortisol u oxitocina (1).
- Sesgo → Estudios con bajo tamaño muestral (3).

BIBLIOGRAFÍA

1. Cruzat C, Escaffi MJ, González T, Leiva MJ, Madrenna MJ. Trastornos de la conducta alimentaria en el embarazo. 2020; 36(2). p 207-213. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-trastornos-conducta-alimentaria-el-embarazo-S0716864021000213
2. Menor Rodríguez MJ, Rodríguez Blanque R, Sánchez García JC. Trastornos alimentarios durante el embarazo. Journal of Negative and No Positive Results: JONNPR 2018: 3 (5). p 347-356. Disponible en:https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6521488
3. García del Castillo I, Olza Fernández I. Psicoterapia integradora de trastornos de la conducta alimentaria durante el embarazo. 2012. Disponible en: https://www.bing.com/search?q=sicoterapia+integradora+de+trastornos+de+la+conducta+alimentaria+durante+el+embarazo&cvid=3a09031606b8432d87de32a4f39eb0b7&aqs=edge..69i57j69i11004.365j0j1&pglt=41&FORM=ANNAB1&PC=U531/

Resumen: El Burnout, es una reacción adaptativa anómala al estrés laboral, que es muy común en profesionales sanitarios. Esto tiene una gran transcendencia porque no solo afecta a nivel individual, sino también a institucional[1,2].

El mindfulness; también llamado atención plena, ha demostrado ser efectivo en diferentes alteraciones de salud mental; por lo que se está utilizando para la prevención para el burnout[2].

Se realiza revisión bibliográfica para evaluar la efectividad de programas de mindfulness para prevenir el burnout en profesionales sanitarios; la cual indica que este mejora diversos síntomas producidos por el burnout en sanitarios, los cuales valoran positivamente su uso[2,3].

Palabras Clave: Atención Plena, Agotamiento Psicológico, Profesionales de salud

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El "síndrome del trabajador quemado", o Burnout, es una reacción adaptativa anómala al estrés laboral mantenido en el tiempo, provocando disfunción a nivel personal y profesional[1].

Los profesionales sanitarios sufren altos niveles de burnout (se da hasta en un 44% de ellos); debido a la implicación psicológica y emocional de su trabajo; así como a niveles elevados de compromiso, exigencia y autocrítica, Esto tiene una gran transcendencia porque no solo afecta a nivel individual, sino también a nivel institucional; produciendo un deterioro en la calidad de atención y la humanidad del cuidado[1,2].

Por tanto, es necesaria una estrategia para reducir estos niveles de estrés en el personal sanitario. El mindfulness; también llamado atención plena, es estar atento de manera consciente e intencional a lo que se hace en el momento presente, sin juzgar, apegarse, o rechazar en alguna forma la experiencia. Ha demostrado ser efectivo en diferentes alteraciones de salud mental; por lo que se está utilizando como mecanismo de prevención para el burnout[2].

Objetivos:

Revisión bibliográfica para evaluar la efectividad de programas de mindfulness para prevenir el burnout en profesionales sanitarios.

Material y Método:

Se realiza una búsqueda bibliográfica para responder a la siguiente **pregunta en formato PICO:** ¿Es efectivo el mindfulness para reducir el burnout en profesionales sanitarios?

P (Población): Profesionales sanitarios.

I (Intervención): Uso de terapia de mindfulness.

C (Comparador): No uso de terapia de mindfulness.

O (Resultados): Reducir el burnout.

Para ello se buscó en diferentes **bases de datos**: Medline a través de Pubmed, Cochrane, Scielo, Cuiden, Dialnet, Science Direct.

Los **criterios de inclusión** fueron: Idiomas español e inglés, artículos de los últimos 5 años, artículos con texto gratuito a tiempo completo, estudios centrados en profesionales sanitarios.

Se utilizaron los siguientes **DECS/MESH**: Atención Plena / Mindfulness; Agotamiento Psicológico / Burnout; Profesionales de salud / Health Personnel.

Se encontraron 67 artículos, que se filtraron por lectura inicialmente de título y posteriormente de resumen. De entre los artículos seleccionados se realiza una lectura crítica y se seleccionan finalmente 3 para este trabajo.

Resultados:

Los estudios consultados indican que el mindfulness en profesionales sanitarios con mindfulness[2,3]:

- Mejora el estrés, la ansiedad, la atención, la calidad de vida percibida, la autocompasión, el cansancio emocional y la regulación emocional.

- Tiene una buena valoración subjetiva por parte de los usuarios de dicha técnica.

- Aumenta la realización personal.

Esto se mide mediante diferentes escalas[2,3]:

- Copenhagen Burnout Inventory (CBI)

- Malach-Pines Scale y Professional Quality of Life Measure

- Escala BSI (Inventario Breve de Síntomas)

- Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)

- Cuestionario de Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT).

Conclusión:

Se necesita investigar más sobre el tema, ya que el mindfulness se ha empezado a usar recientemente[1].

Se está extendiendo esta práctica a través de internet, online, whatsapp, etc; para llegar a más gente[2].

Se propone realizar estudios que corroboren estos resultados; con pruebas de imagen o niveles de cortisol u oxitocina[1].

Existe el sesgo de que los estudios consultados tienen bajo tamaño muestral[3]

Bibliografía

1.- Cruzat C, Escaffi MJ, González T, Leiva MJ, Mackenna MJ. Trastornos de la conducta alimentaria en el embarazo. 2020; 36(2). p 207-213. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-trastornos-conducta-alimentaria-el-embarazo-S0716864021000213

2.- Menor Rodríguez MJ, Rodríguez Blanque R, Sánchez García JC. Trastornos alimentarios durante el embarazo. Journal of Negative and No Positive Results: JONNPR 2018: 3 (5). p 347-356. Disponible en:https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6521488

3.- García del Castillo I, Olza Fernández I. Psicoterapia integradora de trastornos de la conducta alimentaria durante el embarazo. 2012. Disponible en: https://www.bing.com/search?q=sicoterapia+integradora+de+trastornos+de+la+conducta+alimentaria+durante+el+embarazo&cvid=3a09031606b8432d87de32a4f39eb0b7&aqs=edge..69i57j69i11004.365j0j1&pglt=41&FORM=ANNAB1&PC=U531/

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 74

Efecto del contacto piel con piel madre e hijo en las tasas de lactancia materna exclusiva durante el ingreso hospitalario.

Martínez Rodríguez, Sandra
Martínez Rodríguez, Juan Maximiliano

EFECTO DEL CONTACTO PIEL CON PIEL MADRE E HIJO EN LAS TASAS DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO

Autores: Sandra Martínez Rodriguez; Juan Maximiliano Martínez Rodríguez

INTRODUCCIÓN

Para mejorar la tasa de lactancia materna la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda el contacto piel con piel (SSC, en ingles skin to skin contac) inmediato después del nacimiento y la lactancia materna durante la primera hora después del nacimiento. El SCS se define como la colocación del bebe desnudo en posición prona sobre el abdomen o pecho de la madre. Según el momento de inicio se diferencia el contacto inmediato (inmediatamente después del parto hasta los 10 minutos posteriores al nacimiento) y el contacto temprano.

En esta posición los lactantes son capaces de iniciar el rastreo hacia el seno de la madre mediante una secuencia de comportamiento instintivo necesarios para la supervivencia y ayudara a establecer una lactancia exitosa.

OBJETIVO

Determinar si el contacto piel con piel en recién nacidos sanos en comparación con el cuidado de rutina aumenta las tasas de lactancia exclusiva al alta o durante el ingreso hospitalario.

MATERIAL Y MÉTODO

Criterios de selección: ensayos aleatorios controlados que compraran el efe2cto del SSC inmediato o temprano con la atención de rutina, recién nacidos sanos a término.

Medias de resultados: tasas de lactancia materna exclusiva al alta o durante el ingreso hospitalario.

Métodos de búsqueda: se realizaron búsquedas en Pubmed, Scopus y Cochrane (10 de junio 2023), según la estrategia de búsqueda de la tabla 1

Tabla 1. Estrategia de busqueda

Base de datos	Estrategia de busqueda	N° de resultados
Pubmed	(Kangaroo-Mother Care Method OR SSC OR "skin to skin contact") AND (Breast Feeding OR Breastfeeding OR Lactation)	828
Scopus	(TITLE-ABS-KEY ("Kangaroo-Mother Care Method" OR SSC OR "skin to skin contact") AND TITLE-ABS-KEY (("Breast Feeding" OR breastfeeding OR lactation)))	1013
Cochrane	[Kangaroo-Mother Care Method] AND [Breast Feeding]	38

RESULTADOS

Se identificaron un total de 1.879 estudios, tras eliminar duplicados y la lectura a texto completo de los estudios seleccionados se incluyeron 6 estudios en la revisión sistemática.

Las características de los estudios incluidos están en la tabla 2. El tamaño de la muestra vario de 17 a 137. Los estudios representaron poblaciones muy diversas en Italia, España, Irán, Israel, India y México. Las características de la intervención variaron mucho entre los estudios en cuanto la manera de implantar y la duración del SSC, aunque en la mayoría de los estudios la duración del contacto fue de 2 horas.

De los seis estudios incluidos, cuatro de ellos informaron que la proporción de mujeres que amamantaban de forma exclusiva al alta o durante el ingreso fue mayor en el grupo de SSC que en el grupo control. Dos estudios, los cuales el tipo de parto fue por cesárea no entraron diferencias significativas entre los grupos.

Tabla 2. Caracterisiticas y resultados de los estudios incluidos

Autor, año, diseño	País	Muestra	Población	TP	Intervención	Comparación	Resultados
Gouchon S, 2010 EAC	Italia	SSC:17 GC: 17	⩾ 39 semanas de gestación	C	Contacto temprano a la salida de quirófano con una duración máxima de 120 minutos	Cuidados de rutina. Entregadas a su madre a la salida de quirófano.	No hubo diferencias significativas en las tasas de LME al alta hospitalaria en el grupo SSC, en contraste con el grupo control (53% vs 53%, p=).
Khadivzadeh T, 2017 EAC	Irán	SSC: 47 GC: 45	EG > 37, en primíparas	V	Contacto inmediato, con una duración de 120 minutos.	Cuidados de rutina, después de reparación de la episiotomía se entregaron a su madre envueltos en una manta	Las tasas de lactancia materna exclusiva a las 24 horas de nacimiento para el grupo SSC y GC fueron de 70,2% vs. 46,7%, p=0,02.
Marin Gabriel MA, 2010 EAC	España	GI: 137 GI: 137	Gestaciones únicas. Entre 35 a 42 semanas.	V	SSC inmediato con una duración de 120 minutos	Vestidos con pañal y gorro, envueltos con manta caliente y entregados a sus padres a los 10 min en promedio durante 2h.	La tasa de lactancia materna exclusiva fue significativamente mayor en el grupo de CSS al alta (84,7% vs 70%, p=).
Rosas-Herrera BS, 2019 EAC	México	SSC: 36 GC: 34	NR	V	Contacto inmediato durante 60 minutos	Cuidados de rutina	La tasa de lactancia materna exclusiva a las 24h fue de 91,7% y 70,6% en el grupo SSC y GC respectivamente (p=0,001).
Thurkal A, 2012 EAC	India	SSC: 20 GC: 21	⩾ 38	V	Contacto inmediato durante 120 minutos	Cuidados de rutina. Se mantuvieron al lado de la madre sin contacto piel con piel	Las tasas de lactancia materna exclusiva fueron significativamente mayor en el grupo SSC, en contraste con el grupo control (95,0% vs. 38,1% p= 0,001) a las 48h
Zafran N, 2022	Israel	SSC: 102 GC: 89	Gestaciones únicas a término, independientemente de la paridad	C	SSC inmediato hasta el final de la intervención.	Cuidados de rutina. Bebe mostrado a la madre, posteriormente se transfirió a la salada de recién nacidos.	La tasa de lactancia materna exclusiva al alta no difirió entre los grupos (p=0,39)

Abreviaturas: SSC: contacto piel con piel; GC: grupo control; TP: tipo de parto; c: cesarea; V: vaginal

CONCLUSIÓN

El SSC entre madre e hijo inmediatamente o tan pronto como sea posible después del nacimiento ayuda a conseguir una lactancia materna exclusiva al alta en madres con parto vaginal.

SATSE

Resumen: El contacto piel con piel consiste en colocar al recién nacidos desnudo sobre el abdomen o entre los senos de la madre. Este contacto evoca neurocomportamientos innatos en el recién nacidos que le pueden ayudar a establecer una lactancia exitosa. Esta revisión sistemática tuvo como objetivo determinar el efecto del contacto piel con piel para aumentar las tasas de éxito durante el ingreso o la hospitalización. Esta revisión pudo concluir que el contacto piel con piel tan pronto como sea posible aumenta las tasas de lactancia exclusiva al alta en madres que dieron a luz por parto vaginal.

Palabras Clave: Palabras según los Descriptor en español (términos Medical Subject Headings") 1. Método madre canguro (Kangaroo-Mother Care Method). 2. Lactancia materna (Breast feeding). 3. Recién nacidos (Infant, Newborn).

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Para mejorar la tasa de lactancia materna la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda el contacto piel con piel (SSC, en ingles skin to skin contac) inmediato después del nacimiento y la lactancia materna durante la primera hora después del nacimiento. El SSC se define como la colocación del bebe desnudo en posición prona sobre el abdomen o pecho de la madre. Según el momento de inicio se diferencia el contacto inmediato (inmediatamente después del parto hasta los 10 minutos posteriores al nacimiento) y el contacto temprano (1).

En esta posición los lactantes son capaces de iniciar el rastreo hacia el seno de la madre mediante una secuencia de comportamiento instintivo necesarios para la supervivencia y ayudara a establecer una lactancia exitosa (2). Peso a ello en muchos hospitales la separación de madres y bebés después del nacimiento es una práctica común (3).

Objetivos:

Determinar si el contacto piel con piel en recién nacidos sanos en comparación con el cuidado de rutina aumenta las tasas de lactancia exclusiva al alta o durante el ingreso hospitalario.

Material y Método:

Criterios de selección: ensayos aleatorios controlados que compraran el efecto del SSC inmediato o temprano con la atención de rutina, recién nacidos sanos a término.

Medias de resultados: tasas de lactancia materna exclusiva al alta o durante el ingreso hospitalario.

Métodos de búsqueda: se realizaron búsquedas en Pubmed, Scopus y Cochrane (10 de junio 2023):

Pubmed: (Kangaroo-Mother Care Method OR SSC OR "skin to skin contact") AND (Breast Feeding OR Breastfeeding OR Lactation) 828.

- Scopus: (TITLE-ABS-KEY ("Kangaroo-Mother Care Method" OR SSC OR "skin to skin contact") AND TITLE-ABS-KEY (("Breast Feeding" OR breastfeeding OR lactation))) 1013

- Cochrane: [Kangaroo-Mother Care Method] AND [Breast Feeding] 38

Resultados:

Se identificaron un total de 1.879 estudios, tras eliminar duplicados y la lectura a texto completo de los estudios de los estudios seleccionados se incluyeron 6 estudios en la revisión sistemática.

El tamaño de la muestra vario de 17 a 137. Los estudios representaron poblaciones muy diversas en Italia, España, Irán, Israel, India y México. Todos los estudios incluyeron recién nacidos a términos sanos. El parto fue mayormente vaginal, excepto 2 por cesárea.

Las características de la intervención variaron mucho entre los estudios en cuanto la manera de implantar y la duración del SSC, aunque en la mayoría de los estudios la duración del contacto fue de 2 horas.

De los seis estudios incluidos, cuatro de ellos informaron que la proporción de mujeres que amamantaban de forma exclusiva al alta o durante el ingreso fue mayor en el grupo de SSC que en el grupo control. Dos estudios, los cuales el tipo de parto fue por cesárea no entraron diferencias significativas entre los grupos.

Resultados obtenidos por estudios:

- Gouchon S, 2010: No hubo diferencias significativas en las tasas de LME al alta hospitalaria en el grupo SSC, en contraste con el grupo control (53% vs 53%, p=).

- Khadivzadeh T, 2017: Las tasas de lactancia materna exclusiva a las 24 horas de nacimiento para el grupo SSC y GC fueron de 70,2% vs. 46,7%, p=0,02.

- Marin Gabriel MA, 2010: La tasa de lactancia materna exclusiva fue significativamente mayor en el grupo de CSS al alta (84,7% vs 70%, p=).

- Rosas-Herrera BS, 2019: La tasa de lactancia materna exclusiva a las 24h fue de 91,7% y 70,6% en el grupo SSC y GC respectivamente (p=0,001).

- Thurkal A, 2012: Las tasas de lactancia materna exclusiva fueron significativamente mayor en el grupo SSC, en contraste con el grupo control (95,0% vs. 38,1% p= 0,001) a las 48h.

- Zafran N, 2022: La tasa de lactancia materna exclusiva al alta no difirió entre los grupos (p=0,39)

Conclusión:

El SSC entre madre e hijo inmediatamente o tan pronto como sea posible después del nacimiento ayuda a conseguir una lactancia materna exclusiva al alta en madres con parto vaginal.

Bibliografía

1.- WHO. Guideline:Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services [Internet]. World Health Organization WHO. 2017 [cited 2023 Mar 3]. 1–136 p.

2. - Widström AM, Brimdyr K, Svensson K, Cadwell K, Nissen E. A plausible pathway of imprinted behaviors: Skin-to-skin actions of the newborn immediately after birth follow the order of fetal development and intrauterine training of movements. Med Hypotheses [Internet]. 2020 Jan 1 [cited 2023 Mar 8];134. Available from: 10.1016/J.MEHY.2019.109432. doi:10.1016/J.MEHY.2019.109432

3. - Sacks E, Mehrtash H, Bohren M, Balde MD, Vogel JP, Adu-Bonsaffoh K, et al. The first 2 h after birth: prevalence and factors associated with neonatal care practices from a multicountry, facility-based, observational study. Lancet Glob Heal [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2023 Mar 6];9(1):e72. Available from: 10.1016/S2214-109X(20)30422-8. doi:10.1016/S2214-109X(20)30422-8

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 75

Efectos del Entrenamiento de fuerza en Pacientes con Síndrome subacromial. Revisión Sistemática

Gómez Artillo, Cristina

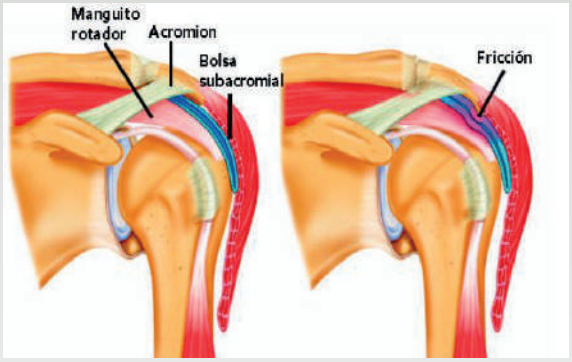
EFECTOS DEL ENTRENAMIENTO DE FUERZA EN PACIENTES CON SÍNDROME SUBACROMIAL. REVISIÓN SISTEMÁTICA

AUTOR: CRISTINA GÓMEZ ARTILLO

INTRODUCCIÓN

El síndrome subacromial es el cuadro de patologías que provocan un pinzamiento de las partes blandas del hombro dentro del espacio subacromial. Su clínica se caracteriza por dolor, falta de movilidad y pérdida de funcionalidad. Además estos pacientes presentan desequilibrios musculares.

Un entrenamiento de fuerza podría ser beneficioso para estos pacientes al mejorar su funcionalidad y recuperando las fibras de los tendones que se encuentran degenerados.



OBJETIVO:

Conocer si el entrenamiento de fuerza es beneficioso para los pacientes que sufren síndrome subacromial.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una búsqueda en *Pubmed* y *Web of science*. Combinando los términos *"exercise therapy", "strength training", "subacromial impingement syndrome"* con los operadores booleanos.

Criterios de inclusión: Ensayos clínicos aleatorizados a texto completo en español o ingles y cuyos sujetos reciban entrenamiento de fuerza como tratamiento.

Se seleccionaron 7 estudios.

RESULTADOS

- Los pacientes que fueron tratados con ejercicio de fuerza mejoraron significativamente la funcionalidad de hombro en todos los estudios analizados.
- En cuatro de los cinco estudios que valoraban de forma específica el dolor de hombro se encontraron reducciones significativas en dicha variable.

CONCLUSIÓN:

El entrenamiento específico de fuerza en la musculatura del manguito rotador es efectivo, ya que produce mejoras en la funcionalidad y dolor de los pacientes que sufren síndrome subacromial.

Resumen: Introducción: El síndrome subacromial es el cuadro de patologías que provocan un pinzamiento de las partes blandas del hombro dentro del espacio subacromial, provocando dolor, falta de movilidad y pérdida de funcionalidad. Un entrenamiento de fuerza podría ser interesante para recuperar su funcionalidad y regenerar tejidos. Material y métodos: Se realizó una búsqueda en *Pubmed* y Web of *science* incluyendo los ensayos clínicos aleatorizados cuyos sujetos reciban entrenamiento de fuerza como tratamiento. Resultados: Los estudios mostraron mejoras significativas en la funcionalidad y en dolor. Conclusión: El entrenamiento de fuerza en la musculatura del manguito rotador es efectivo.

Palabras Clave: Resistance training, Muscle Strength, Shoulder Impingement Syndrome

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El síndrome subacromial incluye diferentes patologías que se caracterizan por la sensación de dolor en la parte anterior del hombro, provocando incapacidad funcional en la extremidad superior afecta. Este síndrome se produce por el pinzamiento de las partes blandas del hombro, causado por la reducción del espacio subacromial. Aunque actualmente, no toda la sintomatología del síndrome subacromial tiene un pinzamiento asociado y es posible que el dolor se deba a otras patologías.

Siendo la lumbalgia la primera causa de alteración musculoesquelética, los problemas de hombro son la segunda causa. Y de estos problemas, la mitad corresponden a síndromes subacromiales. Hay una relación directa entre el síndrome subacromial y el envejecimiento, ya que los procesos degenerativos y la presencia de calcificaciones están asociados con esta patología, al reducir el espacio subacromial.

La clínica del síndrome subacromial es dolor, falta de movilidad y pérdida de funcionalidad. Los pacientes suelen presentar alteraciones musculares y falta de fuerza, por lo que un tratamiento fisioterapéutico enfocado en la recuperación de la fuerza puede estar relacionado con mejoras de la funcionalidad de los pacientes. Además, muchos síndromes subacromiales suelen presentar tendinopatías del manguito rotador, sobre todo del supraespinoso. Y se conoce que el entrenamiento de fuerza favorece la recuperación de las fibras de los tendones degenerados y de este modo se podría mejorar la clínica del paciente.

Objetivos:

Analizar la bibliografía científica existente y conocer si el entrenamiento de fuerza es beneficioso para los pacientes que sufren síndrome subacromial.

Material y Método:

Se realizó una búsqueda de bibliografía en las bases de datos Pubmed y Web of science. Para realizar las estrategias de búsqueda, se emplearon los términos *“Exercise therapy”*, *“Strength training”*

y *"subacromial impingement syndrome"*, con los diferentes operadores booleanos.

Se seleccionaron los estudios que eran ensayos clínicos aleatorizados, que se podían conseguir a texto completo escrito en español o inglés y en cuya intervención alguno de los grupos recibiera como tratamiento del síndrome subacromial ejercicio terapéutico con componentes de entrenamiento de la fuerza de manguito rotador.

Cumpliendo los criterios de inclusión mencionados se seleccionaron 7 estudios que se analizaron en esta revisión sistemática.

Resultados:

Se incluyeron 7 estudios en la revisión sistemática. Los estudios incluían pacientes de ambos sexos y cuya media de edad se encontraba entre los 45.5 y 53 años. Las principales variables de mejora estudiadas eran la funcionalidad del miembro superior afecto y el dolor que percibían los sujetos.

La funcionalidad estaba medida en la mayoría de los estudios con la escala *"Shoulder pain and disability index"* (SPADI) y en los dos restantes se evaluó con la escala *"Constant Murley"*. En los 7 estudios los resultados mostraron una mejora estadísticamente significativa en el grupo cuya intervención era un entrenamiento de ejercicio terapéutico que incluía el trabajo de fuerza.

En cuanto al dolor, aunque dentro de las escalas de funcionalidad ya se incluye un apartado de evaluación del dolor, cinco de los estudios que se analizaron incluyeron una valoración específica del dolor. Generalmente se emplea la Escala Visual Analógica (EVA) o la Escala numérica de dolor. En cuatro de los estudios la diferencia de los resultados evaluados al final respecto a los del inicio fue significativa.

Conclusión:

El entrenamiento específico de fuerza en la musculatura del manguito rotador es efectivo, ya que produce mejoras en la funcionalidad y dolor de los pacientes que sufren síndrome subacromial.

Bibliografía

1.- Dejaco B, Habets B, van Loon C, van Grinsven S, van Cingel R. Eccentric versus conventional exercise therapy in patients with rotator cuff tendinopathy: a randomized, single blinded, clinical trial. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2017;25(7):2051-9

2.- Ryans I, Galway R, Harte A, Verghis R, Agus A, Heron N, et al. The Effectiveness of Individual or Group Physiotherapy in the Management of Sub-Acromial Impingement: A Randomised Controlled Trial and Health Economic Analysis. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(15):5565.

3.- Bae YH, Lee GC, Shin WS, Kim TH, Lee SM. Effect of Motor Control and Strengthening Exercises on Pain, Function, Strength and the Range of Motion of Patients with Shoulder Impingement Syndrome. J Phys Ther Sci. 2011;23(4):687-92

4.- Martínez-Pubil JA, Busto-López E, Rodriguez-de la Red S, Virosta Suárez JC, Carballal García P. Características clínicas de la valoración fisioterapéutica en pacientes con síndrome subacromial. Fisioterapia. 2022;44(1):22-8.

5.- Vallés-Carrascosa E, Gallego-Izquierdo T, Jiménez-Rejano JJ, Plaza-Manzano G, Pecos-Martín D, Hita-Contreras F, et al. Pain, motion and function comparison of two exercise protocols for the rotator cuff and scapular stabilizers in patients with subacromial syndrome. J Hand Ther. 2018;31(2):227-37.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 76

Efectos del entrenamiento de la marcha en Esclerosis Múltiple

Román Nieto, Natalia



EFECTOS DEL ENTRENAMIENTO DE LA MARCHA EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE

NATALIA ROMÁN NIETO

INTRODUCCIÓN

La Esclerosis Múltiple es una enfermedad neurodegenerativa que afecta al Sistema Nervioso Central. Ello conlleva multitud de alteraciones, entre las cuales destacan:

-Alteraciones de la visión 

-Dolor y espasmos 

-Fatiga 

-Problemas de equilibrio 

-Alteraciones urinarias y sexuales 

-Problemas cognitivos 

-Alteraciones de la sensibilidad 

-Problemas de movilidad 

-Trastornos deglutorios 

Las dificultades en la movilidad y marcha conllevan un elevado gasto energético y la aparicion de fatiga, dificultando las actividades cotidianas de los sujetos afectados.
El trabajo aeróbico, en este caso de la marcha, ha demostrado beneficios en la mejora de la fatiga y en diferentes parámetros de la marcha.

OBJETIVOS

Determinar la evidencia científica existente de los efectos del entrenamiento de la marcha en sujetos con Esclerosis Múltiple.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo una revisión sistemática en las bases de datos PubMed, Cochrane y PEDro, con los términos "multiple sclerosis", "fatigue" y "gait" seleccionando aquellos bajo los filtros "clinical trial" y "systematic review" publicados desde 2018 hasta la actualidad. se seleccionaron 3 estudios para su inclusión en la revisión sistemática.

RESULTADOS

Karpatkin H, et al compararon el entrenamiento interválico (3 series de 2 minutos de marcha con 2 minutos de reposo) con un entrenamiento continuo (6 minutos de marcha). En ambos grupos se observaron mejoras en la distancia recorrida y en la fatiga, pero únicamente fueron significativos para el entrenamiento interválico.
Yeh SW, et al compararon los efectos del entrenamineto convencional de la marcha con robots de asistencia de la misma. Estos ultimos mejoraron considerablemente diferentes parámetros de la marcha, equilibrio, fatiga, espasticidad y movilidad en comparación con un entrenamiento convencional
Devasahayam AJ, et al estudió el entrenamiento de la marcha en tapiz rodante con arnés, observándose mejoras en la velocidad, calidad de la marcha, capacidad aeróbica y calidad de vida.

CONCLUSIONES

El entrenamiento de la marcha es eficaz en la mejora de la fatiga y capacidad de deambulación en personas con Esclerosis Múltiple, influyendo también la calidad de vida de los mismos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Esclerosis Múltiple España [Internet]. Madrid [citado el 13 de junio de 2023]. Disponible en: https://esclerosismultiple.com/esclerosis-multiple/que-es-la-esclerosis-multiple/
2. Karpatkin H, Rachwani J, Rhodes R, et al. The effect of intermittent vs. continuous walking on distance to fatigue in persons with multiple sclerosis. Disabil Rehabil. 2022;44(26):8429-8435.
3. Yeh SW, Lin LF, Tam KW, Tsai CP, Hong CH, Kuan YC. Efficacy of robot-assisted gait training in multiple sclerosis: A systematic review and meta-analysis. Mult Scler Relat Disord. 2020;41:102034
4. Devasahayam AJ, Chaves AR, Lasisi WO, et al. Vigorous cool room treadmill training to improve walking ability in people with multiple sclerosis who use ambulatory assistive devices: a feasibility study. BMC Neurol. 2020;20(1):33.

Resumen: La Esclerosis Múltiple es una enfermedad neurodegenerativa que afecta al Sistema Nervioso Central. Como consecuencia de ello, se producen multitud de alteraciones, siendo comunes la fatiga y las alteraciones de la marcha, lo cual afecta a las actividades cotidianas de este colectivo, así como el gran impacto que supone en cuanto a su calidad de vida. Por ello, desde la fisioterapia, el tratamiento podría enfocarse a la reeducación de la marcha, lo cual ha demostrado mejorías tanto en la fatiga, como en diferentes aspectos de la deambulación.

Palabras Clave: Multiple Sclerosis, Fatigue, Gait

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La Esclerosis Múltiple es una enfermedad neurodegenerativa que afecta al Sistema Nervioso Central, atacando a la mielina de las neuronas. Se trata de una enfermedad heterogénea, con multitud de manifestaciones en los sujetos afectados.[1]

Los síntomas son únicos para cada persona, por lo que encontramos un gran abanico de ellos:[1]

- Alteraciones de la visión
- Dolor y espasmos
- Fatiga
- Problemas de equilibrio
- Alteraciones urinarias y sexuales
- Problemas cognitivos
- Alteraciones de la sensibilidad
- Problemas de movilidad
- Trastornos deglutorios

Todos ellos contribuyen al gran impacto en la calidad de vida que supone la Esclerosis Múltiple en los afectados.

Las dificultades en la movilidad y marcha conllevan un elevado gasto energético y aparición de la fatiga, dificultando las actividades cotidianas de estos sujetos. El trabajo aeróbico, en este caso de la marcha, ha demostrado beneficios en la mejora de la fatiga, así como en diferentes parámetros de la marcha.

Objetivos:

Determinar la evidencia científica existente de los efectos del entrenamiento de la marcha en sujetos con Esclerosis Múltiple.

Material y Método:

Se llevó a cabo una revisión sistemática en las bases de datos PubMed, PEDro y Cochrane, seleccionando para su revisión aquellos artículos bajo los filtros “clinical trial” y “systematic review” publicados desde 2018 hasta la actualidad. Se descartaron aquellos que no abordaban el tema en cuestión, así como aquellos carentes de resultados. En total, 3 fueron los artículos incluidos en la revisión.

Resultados:

Las dificultades para la deambulación son muy frecuentes en Esclerosis Múltiple, así como la alta prevalencia de la fatiga en estos sujetos, lo cual es influyente en las múltiples actividades cotidianas, entre ellas, los desplazamientos.

Karpatkin H, et al.[2] compararon los efectos entre dos modalidades de entrenamiento de la marcha: un programa de marcha interválico y un programa de marcha continua para analizar sus efectos sobre la resistencia y fatiga en pacientes con Esclerosis Múltiple. El entrenamiento en ambos casos se realizaba 2 veces a la semana durante 4 semanas. En el caso del programa interválico, este se basaba en 3 series de 2 minutos marcha con 2 minutos de descanso entre series, mientras que el entrenamiento continuo consistía en 6 minutos de marcha continua. Para ambos programas se obtuvo incremento de la distancia recorrida en el Test 6 minutos marcha. Sin embargo, este incremento únicamente fue significativo para el programa interválico ($p=0.013$), así como la fatiga, con disminución significativa en ese mismo programa ($p=0.032$). Por lo tanto, un entrenamiento intermitente de la marcha tiene más eficacia en la mejora de la fatiga de estos pacientes.

Otros autores defienden la efectividad de la práctica de la marcha en la mejora de la movilidad, aunque encuentran como inconvenientes el riesgo de caídas, así como en función de la situación del paciente. Por ello, Yeh SW, et al.[3] analizaron la evidencia científica existente sobre el entrenamiento de la marcha en tapiz rodante mediante robots asistentes de la misma en comparación al entrenamiento convencional. Los resultados mostraron una mejora de la velocidad de la marcha, resistencia, cadencia, equilibrio y capacidad de deambulación más evidente en el grupo de uso de robots que en los programas convencionales, así como la fatiga, espasticidad y movilidad global. Por lo tanto, en los casos de dificultad para el entrenamiento de la marcha, el uso de robots asistentes de la marcha implica mayores beneficios en cuanto a la capacidad de deambulación, así como en otros parámetros, tales como la espasticidad y fatiga, que mejorarían el impacto en la calidad de vida de estos pacientes.

Como defendía Yeh SW en su estudio, en ocasiones se encuentran dificultades para el entrenamiento de la marcha en estos medios por el riesgo de caídas, así como por las dificultades presentes para la deambulación. Devasahayam AJ, et al.[4] estudiaron la aplicación del entrenamiento en tapiz rodante, pero con el uso de arnés 3 veces a la semana. Se observaron mejoras en la velocidad de la marcha, calidad de la misma, capacidad aeróbica y calidad de vida. Además, dichas mejoras se conservaban 3 meses a posteriori de la intervención.

Conclusión:

El entrenamiento de la marcha, así como el entrenamiento aeróbico han demostrado ser eficaces en la mejora de la fatiga y capacidad de deambulación de personas con Esclerosis Múltiple. Por ello, un entrenamiento de la marcha es efectivo en la mejora de la fatiga y movilidad de estos pacientes, influyendo también en la calidad de vida de los mismos, debido al gran impacto que presentan las dificultades en la movilidad y la fatiga en su vida diaria.

Bibliografía

1.- Esclerosis Múltiple España [Internet]. Madrid [citado el 13 de junio de 2023]. Disponible en: https://esclerosismultiple.com/esclerosis-multiple/que-es-la-esclerosis-multiple/

2.- Karpatkin H, Rachwani J, Rhodes R, et al. The effect of intermittent vs. continuous walking on distance to fatigue in persons with multiple sclerosis. Disabil Rehabil. 2022;44(26):8429-8435.

3.- Yeh SW, Lin LF, Tam KW, Tsai CP, Hong CH, Kuan YC. Efficacy of robot-assisted gait training in multiple sclerosis: A systematic review and meta-analysis. Mult Scler Relat Disord. 2020;41:102034

4.- Devasahayam AJ, Chaves AR, Lasisi WO, et al. Vigorous cool room treadmill training to improve walking ability in people with multiple sclerosis who use ambulatory assistive devices: a feasibility study. BMC Neurol. 2020;20(1):33.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 77

Efectos del método Pilates en la Recuperación de la Función de Miembro Superior Postmastectomía.

Gómez Artillo, Cristina

EFECTOS DEL MÉTODO PILATES EN LA RECUPERACIÓN DE LA FUNCIÓN DE MIEMBRO SUPERIOR POSTMASTECTOMÍA

Autor: Gómez Artillo, Cristina

Introducción

El cáncer de mama es el cáncer más frecuente entre las mujeres. En 2017 se estimó que el cáncer de mama afecta a una de cada 8 mujeres. Sin embargo, este dato va a emporar con el paso de los años, debido al envejecimiento de la población y al empeoramiento de los estilos de vida.

Hoy en día, los avances en los tratamientos hacen que la mortalidad sea baja, pero esto conlleva unos efectos secundarios, como la aparición de linfedema, rigidez, dolor y su consecuente disfunción. Hay unos 15 millones de personas en el mundo que presentan disfunción de miembro superior debido a las consecuencias del tratamiento del cáncer de mama.



Se conocen efectos positivos de Pilates en estos pacientes, sin embargo, los autores no confirman sus beneficios y no hay un protocolo claro del tratamiento a llevar a cabo.

¿Es efectivo el método Pilates para recuperar la función de miembro superior?

OBJETIVO PRINCIPAL

Conocer si el método pilates mejora la función en pacientes que han sido sometidos a un tratamiento quirúrgico para el cáncer de mama.

Material y método.

Se realiza una búsqueda en las principales bases de datos: Pubmed, plataforma EBSCO y PEDro combinando los términos: "Pilates". "Exercise Movement Techniques", "exercises", "breast neoplasm", "mastectomy", "lymphedema" y "upper extremity", con los operadores lógicos "AND", "NOT" y "OR".

Criterios de inclusión.

- Estudios clínicos aleatorizados escritos en español, inglés o francés, en los que todos los sujetos hubiesen padecido cáncer de mama y que, al menos, en un grupo se realizara una intervención con ejercicios basados en el método Pilates.
- La evaluación de los sujetos debía estar realizada con una escala de funcionalidad.
- Estudios que estuvieran a texto completo.

Resultados.

Se incluyeron 4 ECA en la revisión, cuyos sujetos eran todos mujeres. Las evaluaciones se realizaron con la escala Wingate, Constant Murley y DASH.

En todos los estudios hubo diferencias significativas en el grupo de intervención al final del estudio, pero, como se observa en la tabla, las diferencias respecto al grupo control solo se observaron en dos estudios.

Estudio	Escala	Diferencia tras intervención	Diferencia entre grupos
Gajbhiye y Deshpande	Wingate	Mejora significativa	Diferencia respecto a grupo control
Zengin-Alpozgen et al.	DASH/ Constant Murley	Mejora significativa	Diferencia en Constant Murley
Sener et al.	DASH	Mejora significativa	No hay diferencias
Barbosa et al.	DASH	Mejora significativa	No hay diferencias

CONCLUSIÓN.

El método Pilates mejora la funcionalidad de miembro superior en pacientes postmastectomía. No hay evidencia de que sea mejor que otros tratamientos fisioterapéuticos.

Resumen:El cáncer de mama es el tipo de cáncer más frecuente entre las mujeres y, aunque la mortalidad actualmente no es elevada, aproximadamente 15 millones de personas presentan disfunción de miembro superior causada por el tratamiento de este cáncer.

Se realizó una búsqueda de bibliografía y se analizaron 4 estudios que trataban esta disfunción con ejercicios basados en el método Pilates.

Finalmente, todos mostraron que el método Pilates es efectivo para mejorar la función del miembro superior de los pacientes postmastectomía.

Palabras Clave: Técnicas de Ejercicio con Movimientos, Mastectomía, Neoplasia de la mama

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El cáncer de mama es el cáncer más frecuente entre las mujeres. En 2017, se estimó que el cáncer de mama afecta a una de cada 8 mujeres. Sin embargo, este dato va a emporar con el paso de los años, debido al envejecimiento de la población y al empeoramiento de los estilos de vida.

Hoy en día, los tratamientos del cáncer de mama han evolucionado y eso ha favorecido que la mortalidad por cáncer de mama sea baja. Pero los avances en radioterapia, quimioterapia y quirúrgicos también han hecho que haya más efectos secundarios, y que la calidad de vida de los supervivientes se vea afectada. Entre los efectos secundarios más comunes encontramos incapacidad funcional, la aparición de linfedema, rigidez, dolor, falta de movilidad, osteoporosis, debilidad funcional, fatiga y aspectos emocionales como la depresión.

Hay unos 15 millones de personas en el mundo que presentan disfunción de miembro superior debido a las consecuencias del tratamiento del cáncer de mama. No hay evidencia de un protocolo adecuado de tratamiento para revertir esta disfunción. Sin embargo, el tratamiento mediante ejercicios, y en concreto, con ejercicios de Pilates, mejora aspectos del paciente, entre los que se encuentra la funcionalidad, la fuerza, la flexibilidad y el equilibrio

Objetivos:

El objetivo principal de esta revisión sistemática es analizar la literatura existente publicada para conocer si el tratamiento con ejercicios basados en el método Pilates produce mejoras en la funcionalidad de miembro superior en pacientes que sufren cáncer de mama.

Material y Método:

Se ha realizado una búsqueda exhaustiva en las siguientes bases de datos: Pubmed, plataforma EBSCO y PEDro. En la búsqueda se ha combinado los términos: “Pilates”. “Exercise Movement Techniques”, “exercises”, “breast neoplasm”, “mastectomy”, “lymphedema” y “upper extremity”, con los operadores lógicos “AND”, “NOT” y “OR”.

Se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados cuyos sujetos hubiesen padecido cáncer de mama y en los que, al menos uno de los grupos del estudio, realizara una intervención con ejercicios basados en el método Pilates. Además, los resultados del estudio debían ser valorados con alguna de las escalas existentes de funcionalidad. Solo se incluyeron los estudios que se encontrasen a texto completo y estuvieran escritos en español, inglés o francés.

Resultados:

Se incluyeron 4 estudios en la revisión sistemática. En estos estudios todos los sujetos eran mujeres y el grupo experimental recibía tratamiento con Pilates. El grupo control recibía fisioterapia convencional u otro programa de ejercicios. Los sujetos se evaluaron mediante las escalas Wingate, Constant Murley y DASH.

En todos los estudios hubo diferencias significativas en el grupo de intervención al final del estudio respecto a la evaluación inicial, pero las diferencias respecto al grupo control solo se observaron en dos de los estudios: en el de Gajbhiye y Deshpande y en el de Zengin-Alpozgen et al

Conclusión:

El tratamiento con ejercicios basado en el método Pilates producen beneficios en la funcionalidad de miembro superior en pacientes que han sufrido cáncer de mama. No hay evidencia de que el tratamiento con Pilates sea mejor que otro tipo de tratamiento fisioterapéutico.

Bibliografía

1.- Espíndula RC, Nadas GB, Rosa MI da, Foster C, Araújo FC de, Grande AJ. Pilates for breast cancer: A systematic review and meta-analysis. Rev Assoc Medica Bras 1992. noviembre de 2017;63(11):1006-12

2.- Gajbhiye PP, Deshpande L. To compare the effects of Pilates exercises and Conventional therapy on Upper Extremity Function and Quality of Life in women with breast cancer. 2013;45(1).

3.- Zengin Alpozgen A, Ozdincler A, Karanlik H, Ağaoğlu F, Narin A. Effectiveness of Pilates-based exercises on upper extremity disorders related with breast cancer treatment. Eur J Cancer Care (Engl). 9 de mayo de 2016;26:1-8.

4.- Sener HO, Malkoc M, Ergin G, Karadibak D, Yavuzsen T. Effects of Clinical Pilates Exercises on Patients Developing Lymphedema after Breast Cancer Treatment: A Randomized Clinical Trial. J Breast Health. 3 de enero de 2017;13(1):16-22.

5.- Barbosa K, Silva L, Garcia P, Freitas C, Silva E, Pereira T, et al. Effectiveness of Pilates and circuit-based exercise in reducing arthralgia in women during hormone therapy for breast cancer: a randomized, controlled trial. Support Care Cancer. 1 de octubre de 2021;29.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 78

Eficacia del Método Pilates para el Tratamiento de la Cervicalgia

Poza Lucena, Emilia
Lucendo Ocaña, Eva
García Roncero, David

XIV Congreso de investigación Enfermería y Fisioterapia.
"INVESTIGAR PARA AVANZAR"

EFICACIA DEL MÉTODO PILATES PARA EL TRATAMIENTO DE LA CERVICALGIA

Emilia Poza Lucena, Eva Lucendo Ocaña, David García Roncero

INTRODUCCIÓN

El dolor de cuello representa un gran desafío fisioterapéutico en términos de dolor e incapacidad para el paciente.

OBJETIVOS

Comprobar la eficacia del método Pilates para el tratamiento de la cervicalgia.

MATERIAL Y MÉTODO

-Búsqueda bibliográfica

PubMed

-Criterios inclusión:

1. Inglés o español
2. 2012-2022
3. Humanos

-Medical Subject Headings (MeSH):

- Neck Pain
- Pilates

-Estrategias de búsqueda

- Resumen
- Análisis del título

24 artículos encontrados

14 artículos seleccionados

RESULTADOS

A. Grupo control >>>>>>>>>> Tratamiento del dolor con Pilates

B. Grupo tratamiento combinado >>> Tratamiento del dolor con yoga, ejercicios isométricos y/o analgésicos

12 sesiones de tratamiento

Evaluación a las 6 semanas

Escalas de valoración:

Dolor	>>>>>>>>>>>>>>>	EVA / Escala de McGrill
Grado de discapacidad	>>>	Índice de discapacidad de cuello (NDi)
Calidad de vida	>>>>>>>>>	Escala SF-36
Movimiento cervical	>>>>>>	Goniómetro
Alteración del sueño	>>>>>>	Escala de Somnolencia de Stanford

CONCLUSIÓN

Podemos indicar que el método Pilates es eficaz para el tratamiento de dolor de cuello, ya que se observa una mejoría en todas las variables objetivadas. Sin embargo, no es más eficaz que los otros tratamientos con los que se ha comparado. Por lo tanto, los fisioterapeutas pueden considerar incluirlo en su plan de atención. También, este método contribuye a una reducción en el uso de analgésicos para el tratamiento de dicha patología.



BIBLIOGRAFÍA

Uluğ N, Yılmaz ÖT, Kara M, Özçakar L. Effects of Pilates and yoga in patients with chronic neck pain: A sonographic study. J Rehabil Med. 2018 Jan 10;50(1):80-85. 2. Martini JD, Ferreira GE, Xavier de Araujo F. Pilates for neck pain: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. J Bodyw Mov Ther. 2022 Jul;31:37-44. 3. - Akodu AK, Nwanne CA, Fapojuwo OA. Efficacy of neck stabilization and Pilates exercises on pain, sleep disturbance and kinesiophobia in patients with non-specific chronic neck pain: A randomized controlled trial. J Bodyw Mov Ther. 2021 Apr;26:411-419.

Resumen: El objetivo del artículo es comprobar la eficacia del método Pilates para el tratamiento de la cervicalgia, la cual, representa un gran desafío en dolor e incapacidad del paciente. Se han realizado búsquedas en Pubmed durante noviembre de 2022, utilizando las palabras claves:Neck Pain y Pilates.Según los criterios de inclusión la selección final fue de 14 estudios. Podemos indicar que el método Pilates es eficaz para el tratamiento de la cervicalgia, ya que se observa mejoría en todas las variables objetivadas, pero no es más eficaz que otros tratamientos comparados. Además, contribuye a una reducción del uso de analgésicos para el tratamiento de dicha patología.

Palabras Clave: Neck, Pain, Pilates

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La cervicalgia (dolor de cuello) representa un gran desafío fisioterapéutico en términos de dolor e incapacidad para el paciente.

Objetivos:

El objetivo del siguiente artículo es comprobar la eficacia del método Pilates para del tratamiento del dolor de cuello.

Material y Método:

Se han realizado búsquedas durante noviembre de 2022 en la plataforma Pubmed. Utilizando las palabras claves: neck pain y Pilates. Como criterios de inclusión se establecieron que los artículos estuvieran escritos en inglés o español, realizados sobre humanos y que hubieran sido publicados en los últimos 10 años. La selección de los artículos a partir de la estrategia de búsqueda se realizó mediante el análisis del título y el resumen de los mismos. El proceso de búsqueda supuso la consulta de 24 referencias y la selección final fue de 14 estudios.

Resultados:

De los artículos incluidos en la revisión se observa que la muestra de pacientes usados para el estudio es muy variable. Algunos artículos utilizaban grupo control y otros comparaban el tratamiento del dolor de cuello con yoga, ejercicios isométricos o uso de analgésicos. En cuanto a las variables utilizadas para valorar la eficacia, se encuentran: valoración de los movimientos cervicales con el goniómetro, dolor con la escala del dolor de McGrill o la escala analógica visual, grado de discapacidad con el índice de discapacidad de cuello, calidad de vida y alteración del sueño entre otras. Todos recibieron alrededor de unas 12 sesiones de tratamiento supervisadas y se realizó una evaluación, pasadas las 6 semanas en la mayoría de los artículos. En los artículos consultados, se observa que el método Pilates aporta una mejoría en todos los aspectos en los pacientes.

Conclusión:

Como conclusión, podemos indicar que el método Pilates es eficaz para el tratamiento de dolor de cuello, ya que se observa una mejoría en todas las variables objetivadas. Sin embargo, no es más eficaz que los otros tratamientos con los que se ha comparado. Por lo tanto, los fisioterapeutas pueden considerar incluirlo en su plan de atención. También, este método contribuye a una reducción en el uso de analgésicos para el tratamiento de dicha patología.

Bibliografía

1.- Uluğ N, Yılmaz ÖT, Kara M, Özçakar L. Effects of Pilates and yoga in patients with chronic neck pain: A sonographic study. J Rehabil Med. 2018 Jan 10;50(1):80-85.

2.- Martini JD, Ferreira GE, Xavier de Araujo F. Pilates for neck pain: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. J Bodyw Mov Ther. 2022 Jul;31:37-44.

3.- Akodu AK, Nwanne CA, Fapojuwo OA. Efficacy of neck stabilization and Pilates exercises on pain, sleep disturbance and kinesiophobia in patients with non-specific chronic neck pain: A randomized controlled trial. J Bodyw Mov Ther. 2021 Apr;26:411-419.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 79

Eficacia del uso de calor local en pacientes con lumbalgia.

Pereira Cruz, Leticia María
Madrigal Bercedo, María Isabel
Escudero Tutor, Laura
Gil Gaspar, María
Aceña Martínez, Silvia
Martínez Casado, María Ángeles

Eficacia del uso de calor local en pacientes con lumbalgia

SATSE

1 Introducción

La lumbalgia es uno de los problemas de salud más prevalentes del mundo y el principal motivo de consulta en rehabilitación.
Uno de los tratamientos más ampliamente utilizados para hacer frente a esta dolencia es el uso de calor local.

2 Objetivo

Este trabajo va a tener como objetivo conocer hasta que punto el uso de calor local es eficaz para el control y el tratamiento del dolor y en que circunstancias es más efectivo su empleo.

3 Metodología

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en la base de datos PubMed siguiendo el modelo de pregunta PICO.
P(paciente): Pacientes con lumbalgia.
I (intervención): Uso de calor local.
C (comparación): La propia pregunta no pide comparación, pero si algún artículo compara el calor con otras técnicas, podría resultar interesante conocer la eficacia del calor en un contexto más amplio en el tratamiento de dolores lumbares.
O (outcomes/ resultados): Control del dolor

4 Resultados

El calor local para el dolor de espalda resulta más efectivo en etapas agudas o subagudas. En procesos crónicos de más de 6 meses de evolución no hay evidencia de que este tipo de aplicación del calor tenga un efecto positivo a la hora de modular o atenuar el dolor.
La utilización de calor local junto con otro tipo de terapias conservadoras como el uso de medicamentos de administración oral y/o la mejoría en ciertos hábitos de vida puede optimizar los buenos resultados.

5 Discusión

Tiene sentido el empleo de calor local para tratar procesos dolorosos de un periodo corto de evolución. Para etapas agudas y subagudas está indicado, siendo complementado con otras terapias no invasivas e incluyendo pautas educativas sobre hábitos de vida correctos o saludables, tales como aumentar la cantidad de ejercicio físico a la semana, control postural e incluso dejar hábitos tóxicos como el tabaquismo o la ingesta de alcohol.

AUTORAS:

LETICIA MARÍA PEREIRA CRUZ
MARÍA ISABEL MADRIGAL BERCEDO
LAURA ESCUDERO TUTOR
MARÍA GIL GASPAR
SILVIA ACEÑA MARTÍNEZ
MARÍA ÁNGELES MARTÍNEZ CASADO

BIBLIOGRAFIA

Resumen: La lumbalgia es uno de los problemas de salud más prevalentes del mundo y el principal motivo de consulta en rehabilitación. Uno de los tratamientos más ampliamente utilizados para hacer frente a esta dolencia es el uso de calor local. Este trabajo se lleva a cabo con el fin de determinar cuán eficaz es el uso de calor local y en qué circunstancias es óptima su utilización.

Palabras Clave: Lumbalgia, Hipertermia local, Manejo del dolor

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El dolor lumbar afecta en torno al 80% de la población en algún momento de su vida (1). Se trata de la principal causa de días laborales perdidos, así como el motivo más común por el que los pacientes acuden a rehabilitación (2). Son muchos los tratamientos que se emplean en rehabilitación para abordar este problema. Uno de los más conocidos es el uso de calor mediante diferentes formas o aplicaciones (electroterapia, hidroterapia, calor seco…). La intención de este trabajo es responder a la frase: **“En pacientes con lumbalgia, ¿es eficaz el uso de calor local para el control del dolor?”.**

Objetivos:

Este trabajo va a tener como objetivo conocer hasta qué punto el uso de calor local es eficaz para el control y el tratamiento del dolor y en qué circunstancias es más efectivo su empleo.

Material y Método:

S Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en la base de datos PubMed siguiendo el modelo de pregunta PICO.

P (paciente): Pacientes con lumbalgia.

I (intervención): Uso de calor local.

C (comparación): La propia pregunta no pide comparación, pero si algún artículo compara el calor con otras técnicas, podría resultar interesante conocer la eficacia del calor en un contexto más amplio en el tratamiento de dolores lumbares.

O (outcomes/ resultados): Control del dolor

En primera instancia se decidió traducir las palabras o conceptos que componen la pregunta PICO al inglés, ya que así obtendremos una mayor cantidad de artículos en la base de datos PubMed.

Para realizar la búsqueda de artículos, primeramente, se trató de abarcar el mayor número de artículos posibles relacionados con el tema para ver con cuanta información se contaba al respecto.

Para ello se emplearon términos libres, incluyendo varios sinónimos en cada categoría de la pregunta PICO mediante el operador booleano “OR”. Para conectar las categorías de la pregunta PICO se empleó el operador “AND”.

La primera búsqueda llevada a cabo fué la siguiente: (((low back) OR (lumbar)) AND ((pain) OR (ache))) AND (((local) OR (localized)) AND ((heat) OR (thermotherapy) OR (hyperthermia))) AND ((pain) AND (control) OR (modulation) OR (management)).

La búsqueda arrojó 58 resultados.

Tras aplicar el filtro para que sólo se incluyesen los estudios publicados en los últimos 10 años, el número total se redujo hasta los 25 resultados.

Al tratarse de un número bastante reducido y muy asequible, no se realizaron búsquedas con parámetros de búsqueda más estrictos, sino que se procedió a realizar una lectura del título de cada uno de los 25 artículos con el fin de descartar aquellos que no resultasen relevantes para este trabajo.

Sin embargo, tras realizar la lectura de los títulos, ninguno de ellos resultaba adecuado para responder a la pregunta del trabajo, por lo que para ampliar la búsqueda se prescindió de añadir "local" y "localized" en el apartado **"PACIENTE"** de la pregunta, siendo la búsqueda realizada en PubMed la siguiente:

(((low back) OR (lumbar)) AND ((pain) OR (ache))) AND ((heat) OR (thermotherapy) OR (hyperthermia)) AND ((pain) AND (control) OR (modulation) OR (management)).

Esta búsqueda arrojó 534 resultados. Se aplicaron los siguientes filtros:

- Máximo 10 años de antigüedad.

- Estudios llevados únicamente en humanos.

Tras aplicar dichos filtros, la cantidad de estudios que aparecen en la búsqueda se redujo a 156. A continuación, se procedió a la lectura del título para ver que artículos eran susceptibles de ser seleccionados para el trabajo.

Tras ello, fueron 11 los estudios que pasaron la criba para, posteriormente, ser inspeccionados mediante la lectura del abstract. Finalmente, tres artículos fueron seleccionados para formar parte de este trabajo;

-"Noninvasive Treatments for Acute, Subacute and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians" (3)

-"Conservative treatment of nonspecific, chronic low back pain:Evidence of the efficacy a systematic literature review" (4)

-"Is non-pharmacological treatment an effective option for chronic low back pain?" (5)

Resultados:

El calor local para el dolor de espalda resulta más efectivo en etapas agudas o subagudas. En procesos crónicos de más de 6 meses de evolución no hay evidencia de que este tipo de aplicación del calor tenga un efecto positivo a la hora de modular o atenuar el dolor.

La utilización de calor local junto con otro tipo de terapias conservadoras como el uso de medicamentos de administración oral y/o la mejoría en ciertos hábitos de vida puede optimizar los buenos resultados.

Conclusiones:

Tiene sentido el empleo de calor local para tratar procesos dolorosos de un periodo corto de evolución. Para etapas agudas y subagudas está indicado, siendo complementado con otras terapias no invasivas e incluyendo pautas educativas sobre hábitos de vida correctos o saludables, tales como aumentar la cantidad de ejercicio físico a la semana, control postural e incluso dejar hábitos tóxicos como el tabaquismo o la ingesta de alcohol.

Bibliografía

1.- Casado Morales Ma. I, Moix Queraltó J, Vidal Fernández J. Etiología, cronificación y tratamiento del dolor lumbar. Clin Salud [Internet]. 2008 [citado el 14 de julio de 2022];19(3):379–92. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000300007

2.- Chenot J-F, Greitemann B, Kladny B, Petzke F, Pfingsten M, Schorr SG. Nonspecific low back pain. Dtsch Arztebl Int [Internet]. 2017 [citado el 14 de julio de 2022];114(51–52). Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29321099/

3.- Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA, Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians, Denberg TD, et al. Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: A clinical practice guideline from the American College of Physicians. Ann Intern Med [Internet]. 2017;166(7):514–30. Disponible en: http://dx.doi.org/10.7326/M16-2367

4.- Bredow J, Bloess K, Oppermann J, Boese CK, Löhrer L, Eysel P. Conservative treatment of nonspecific, chronic low back pain : Evidence of the efficacy - a systematic literature review: Evidenz der Wirksamkeit - eine systematische Literaturanalyse. Orthopade [Internet]. 2016;45(7):573–8. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1007/s00132-016-3248-7

5.- Ondrejkovicova A, Petrovics G, Svitkova K, Balogh V. Is non-pharmacological treatment an effective option for chronic low back pain? Neuro Endocrinol Lett. 2017;38(3):169–72.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 80

Eficacia Radioterapia previa al Tratamiento Fisioterapéutico en Trocanteritis

Sánchez Fuentes, Alicia
Risalde Santos, Blas Manuel

EFICACIA RADIOTERAPIA PREVIA AL TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO EN TROCANTERITIS

XI CONGRESO DE INVESTIGACIÓN SATSE CIUDAD REAL

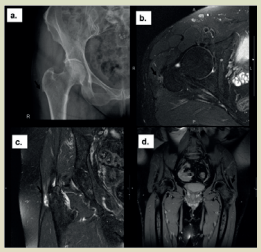
SANCHEZ FUENTES,ALICIA
RISALDE SANTOS, BLAS MANUEL

INTRODUCCIÓN

La bursitis trocantérea o trocanteritis es una de las causas más frecuentes de dolor en la cadera y se debe a la inflamación de las bursas (bolsas serosas) ubicadas en torno al trocánter mayor. La trocanteritis es debilitante, dificulta la marcha y la movilidad en general y produce molestias al acostarse sobre el lado afectado. Este síndrome también se conoce como síndrome de dolor trocantérico mayor, ya que puede estar causado por un amplio espectro de etiologías, como tendinopatías, desgarros musculares, trastornos de fricción iliotibial y bursitis trocantérica, entre otros, pareciendo que los microtraumatismos juegan un papel desencadenante.
Una bursa es una bolsa cerrada llena de líquido que funciona como superficie de amortiguación y deslizamiento para reducir la fricción entre los tejidos del cuerpo.
La radioterapia antiinflamatoria ha sido ampliamente utilizada en numerosas enfermedades degenerativas, inflamatorias crónicas o proliferativas no neoplásicas como la periartritis escapulohumeral, la epicondilitis, la fascitis plantar, la osteoartrosis y el dolor articular, entre otras. El mecanismo de acción, se basa en el bloqueo de diferentes mediadores inflamatorios; la radiación inhibe la adhesión de los leucocitos mononucleares al actuar sobre las moléculas reguladoras como la L-selectina.

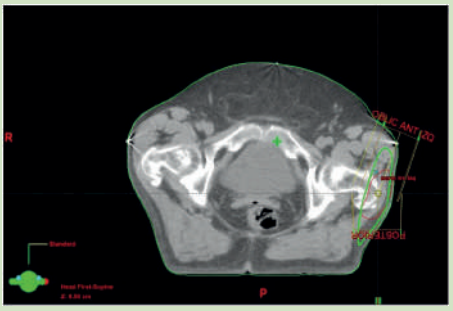
OBJETIVOS

- **PRINCIPAL- Reducir el dolor para poder tratar la patología con fisioterapia.**
- **SECUNDARIOS- Restauración del movimiento normal y fuerza.**
  - **Restauración de las actividades de la vida diaria.**
  - **Prevención de una recaída**



METODOLOGÍA

Exposición de caso clínico, aplicando la evidencia científica actual basada en una revisión bibliográfica narrativa. Bases de datos empleadas: Pubmed, Medes y PEDro.
-Palabras clave utilizadas : Efficiency, Radiation ,Therapy in trochanteritis
Paciente mujer, de 62 años de edad, remitida desde Reumatología,diagnosticada de TROCANTERITIS IZQUIERDA, por clínica y RNM, RESISTENTE AL TRATAMIENTO, rebelde a tratamiento farmacológico, ondas de choque, y rehabilitación . La paciente a pasado por la Unidad del Dolor considerando que no es candidata a bloqueos de su síndrome isquiofemoral izquierdo con atrofia muscular (cuadrado femoral), por poder aumentar el grado de atrofia. Se decide aplicar radioterapia con intención de tratamiento antiinflamatoria.
Se le administran 6 dosis en 11 días y se le deja descansar tres meses hasta comenzar de nuevo la fisioterapia.
-Fisioterapia correctiva para tratar la debilidad muscular específica.
-Manipulación / Movilización para normalizar el tono,Diatermia para mejorar la calidad de las fibras de los tejidos,Punción seca en los casos que haya puntos gatillo y masaje entre otras.
-Fisioterapia preventiva para reducir el riesgo de irritación de la bursa en el futuro.



RESULTADOS

Los datos sobre el efecto de la radioterapia en el tratamiento de la trocanteritis recurrentes o refractaria y dolor intenso asociado son satisfactoriamente beneficiosos para la paciente. Teniendo en cuenta los beneficios potenciales de la radioterapia, quedó demostrada la eficacia analgésica de la radioterapia a dosis bajas en el trocanteritis rebelde a tratamientos convencionales.
Los resultados fueron totalmente positivos ya que mostraron una mejoría clínica significativa después de este enfoque terapéutico, no solo a los 4 meses de la radioterapia, sino también a largo plazo después del tratamiento. Se redujo el dolor por lo que se pudo reiniciar fisioterapia, tolerando todo los tratamientos y técnicas implicadas.
Con la fisioterapia conseguiremos: terminar de reducir la inflamación y el dolor con técnicas de relajación de la musculatura, estiramientos, movilizaciones articulares, potenciar la musculatura de la cadera y de la pierna que se encuentra debilitada mediante ejercicios, terapia manual (masajes), técnicas frio-calor y ultrasonidos.
A los 5 meses la debilidad muscular provocada por la patología se había rehabilitado. La paciente había reeducado la marcha y caminaba de forma normal.
A los 6 meses las molestias en la zona habían desaparecido por completo por lo que las actividades de la vida diaria se habían recuperado por completo.

CONCLUSIONES

Las radiaciones antiinflamatorias en dosis bajas pueden utilizarse en el tratamiento de casos recurrentes de trocanteritis recidivante o no respuesta a los tratamientos convencionales, con alta probabilidad de lograr la remisión total o parcial sostenida del dolor. Además, en pacientes que son refractarios, se puede realizar un tratamiento de rescate para lograr beneficios adicionales. Una vez lograda la remisión del dolor el paciente podrá afrontar mucho mejor el tratamiento fisioterapico y lograr no solo la curación de la patología sino que no vuelva a aparecer.

BIBLIOGRAFÍA

1. Goldie I, Rosengren B, Moberg E, Hedelin E. Evaluation of radiation treatment of painful conditions of the locomotor system. A double blind study. Acta Radiol Ther Phys Biol 1970; 9: 311–22.
2. Seegenschmiedt MH, Micke O, Muecke R. Radiotherapy for non-malignant disorders: state of the art and update of the evidence-based practice guidelines. Br J Radiol 2015; 88: 20150080.
3. Arenas M, Sabater S, Hernández V, Rovirosa A, Lara PC, Biete A, et al. Anti-inflammatory effects of low-dose radiotherapy. Indications, dose, and radiobiological mechanisms involved. Strahlenther Onkol 2012; 188: 975–81.

Resumen: La bursitis trocantérea o trocanteritis es una de las causas más frecuentes de dolor en la cadera y se debe a la inflamación de las bursas ubicadas en torno al trocánter mayor. La radioterapia antiinflamatoria ha sido ampliamente utilizada en numerosas enfermedades degenerativas, inflamatorias crónicas o proliferativas no neoplásicas como la periartritis escapulohumeral, la epicondilitis, la fascitis plantar, la osteoartrosis y el dolor articular, entre otras.

Palabras Clave: Efficiency, Radiation, Therapy

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La bursitis trocantérea o trocanteritis es una de las causas más frecuentes de dolor en la cadera y se debe a la inflamación de las bursas (bolsas serosas) ubicadas en torno al trocánter mayor. La trocanteritis es debilitante, dificulta la marcha y la movilidad en general y produce molestias al acostarse sobre el lado afectado. Este síndrome también se conoce como síndrome de dolor trocantérico mayor, ya que puede estar causado por un amplio espectro de etiologías, como tendinopatías, desgarros musculares, trastornos de fricción iliotibial y bursitis trocantérica, entre otros, pareciendo que los microtraumatismos juegan un papel desencadenante.

Una bursa es una bolsa cerrada llena de líquido que funciona como superficie de amortiguación y deslizamiento para reducir la fricción entre los tejidos del cuerpo.

La radioterapia antiinflamatoria ha sido ampliamente utilizada en numerosas enfermedades degenerativas, inflamatorias crónicas o proliferativas no neoplásicas como la periartritis escapulohumeral, la epicondilitis, la fascitis plantar, la osteoartrosis y el dolor articular, entre otras5,6. El mecanismo de acción, se basa en el bloqueo de diferentes mediadores inflamatorios; la radiación inhibe la adhesión de los leucocitos mononucleares al actuar sobre las moléculas reguladoras como la L-selectina.

Objetivos:

• PRINCIPAL- Reducir el dolor para poder tratar la patología con fisioterapia.

• SECUNDARIOS- Restauración del movimiento normal y fuerza.

- Restauración de las actividades de la vida diaria.
- Prevención de una recaída

Material y Método:

-Exposición de caso clínico, aplicando la evidencia científica actual basada en una revisión bibliográfica narrativa. Bases de datos empleadas: Pubmed, Medes y PEDro.

-Palabras clave utilizadas : Efficiency, Radiation ,Therapy in trochanteritis

Paciente mujer, de 62 años de edad, remitida desde Reumatología, diagnosticada de TROCANTERITIS IZQUIERDA, por clínica y RNM, RESISTENTE AL TRATAMIENTO, rebelde a tratamiento

farmacológico, ondas de choque, y rehabilitación. La paciente ha pasado por la Unidad del Dolor considerando que no es candidata a bloqueos de su síndrome isquiofemoral izquierdo con atrofia muscular (cuadrado femoral), por poder aumentar el grado de atrofia. Se decide aplicar radioterapia con intención de tratamiento antiinflamatoria.

Se le administran 6 dosis en 11 días y se le deja descansar tres meses hasta comenzar de nuevo la fisioterapia.

- Fisioterapia correctiva para tratar la debilidad muscular específica.

- Manipulación / Movilización para normalizar el tono, Diatermia para mejorar la calidad de las fibras de los tejidos, Punción seca en los casos que haya puntos gatillo y masaje entre otras.

- Fisioterapia preventiva para reducir el riesgo de irritación de la bursa en el futuro.

Resultados:

Los datos sobre el efecto de la radioterapia en el tratamiento de la trocanteritis recurrentes o *refractaria y dolor intenso asociado son satisfactoriamente* beneficiosos para la paciente. Teniendo en cuenta los beneficios potenciales de la radioterapia, quedó demostrada la eficacia analgésica de la radioterapia a dosis bajas en el trocanteritis rebelde a tratamientos convencionales.

Los resultados fueron totalmente positivos ya que mostraron una mejoría clínica significativa después de este enfoque terapéutico, no solo a los 4 meses de la radioterapia, sino también a largo plazo después del tratamiento. Se redujo el dolor por lo que se pudo reiniciar fisioterapia, tolerando todo los tratamientos y técnicas implicadas.

Con la fisioterapia conseguiremos: terminar de reducir la inflamación y el dolor con técnicas de relajación de la musculatura, estiramientos, movilizaciones articulares, potenciar la musculatura de la cadera y de la pierna que se encuentra debilitada mediante ejercicios, terapia manual (masajes), técnicas frio-calor y ultrasonidos.

A los 5 meses la debilidad muscular provocada por la patología se había rehabilitado. La paciente había reeducado la marcha y caminaba de forma normal.

A los 6 meses las molestias en la zona habían desaparecido por completo por lo que las actividades de la vida diaria se habían recuperado por completo.

Conclusiones:

Las radiaciones antiinflamatorias en dosis bajas pueden utilizarse en el tratamiento de casos recurrentes de trocanteritis recidivante o no respuesta a los tratamientos convencionales, con alta probabilidad de lograr la remisión total o parcial sostenida del dolor. Además, en pacientes que son refractarios, se puede realizar un tratamiento de rescate para lograr beneficios adicionales. Una vez lograda la remisión del dolor el paciente podrá afrontar mucho mejor el tratamiento fisioterápico y lograr no solo la curación de la patología, sino que no vuelva a aparecer.

Bibliografía

1.- Goldie I, Rosengren B, Moberg E, Hedelin E. Evaluation of radiation treatment of painful conditions of the locomotor system. A double blind study. Acta Radiol Ther Phys Biol 1970; 9: 311–22.

2.- Seegenschmiedt MH, Micke O, Muecke R. Radiotherapy for non-malignant disorders: state of the art and update of the evidence-based practice guidelines. Br J Radiol 2015; 88: 20150080.

3.- Arenas M, Sabater S, Hernández V, Rovirosa A, Lara PC, Biete A, et al. Anti-inflammatory effects of low-dose radiotherapy. Indications, dose, and radiobiological mechanisms involved. Strahlenther Onkol 2012; 188: 975–81.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 81

Ejercicio Terapeútico Fisioterápico para la adquisición de la marcha Autónoma en Paciente con Cuadriplejía Espástica: A Propósito de un Caso Clínico.

Simón Sierra, Juan José
Bertomeu Moreno, Beatriz
Acosta López, Alexandra

EJERICIO TERAPEÚTICO FISIOTERÁPICO PARA LA ADQUISICIÓN DE LA MARCHA AUTÓNOMA EN PACIENTE CON CUADRIPLEJÍA ESPÁSTICA : A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Simón Sierra JJ, Bertomeu Moreno B, Acosta López A

SATSE

INTRODUCCIÓN

Paciente de 20 años, parálisis cerebral, cuadriplejía espástica, mayor hipertonía en el hemi-cuerpo izquierdo, se traslada en silla motorizada. Siempre ha recibido al menos dos sesiones de fisioterapia semanales. Cada seis meses le infiltran toxina botulínica en los bíceps femorales izquierdo y derecho. Nos llega a consulta por demanda de los padres, quieren ver si su hijo puede realizar una marcha autónoma, fuera de la silla, usando algún tipo de andador. Fijación completa de columna desde la D1 a S1.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Cuadriplejia espástica, nivel en la escala GMFCS IV, a consecuencia de una hipoxia durante parto, por parto múltiple. Escoliosis rectificada por fijaciones en la columna.
Hipertonia en las cuatro extremidades. Utilizamos escala Ashworth modificada para valorar: Brazo y mano derecha 2 sobre 4, extremidades inferiores 3 sobre 4, brazo y mano izquierda 3 sobre 4. Hiperreflexia osteotendinosa en ambos reflejos rotulianos y bicipitales. Flexo de rodillas, utiliza férulas DAFO para miembros inferiores, y flexo de codo en el brazo izquierdo (causado por el alto tono del biceps braquial). Se mantiene sentado en superficies estables aunque no se encuentra seguro. Es capaz de mantenerse de pie por cortos periodos él solo.

PLAN DE CUIDADOS

Se ha planteado un plan de tratamiento de 1 mes, el paciente realiza ejercicios de equilibrio sobre pelota Bobath, equilibrio en sedestación sobre una silla, y de sedestación a bipedestación, durante 30 minutos, dos veces a la semana, marcha en escaleras y barras paralelas, 30 minutos, dos veces por semana, y una vez por semana, entrenamiento con andador posterior tipo "Cocodrilo", 1 hora, dos veces por semana, realizando descansos de 5 minutos por cada 20 minutos de trabajo.



DISCUSIÓN

El paciente ha conseguido una marcha autónoma, propulsándose con sus miembros inferiores, equilibrio ha mejorado considerablemente, ya que en los dos últimos meses no ha tenido ninguna caída, además, en la última revisión médica, no le han tenido que infiltrar toxina botulínica en los bíceps femorales.
Estos resultados demuestran, que la anormalidad funcional de nuestro paciente, no viene determinada por el grado de afectación o la hipertonía que sufre, la funcionalidad estaba determinada por la inactividad que sufría al utilizar solamente la silla motorizada.

CONCLUSIÓN

La fisioterapia activa en un paciente con cuadriplejía espástica y nivel cognitivo conservado ha demostrado resultados positivos, ha mejorado la calidad de vida del paciente y la independencia de la silla motorizada, además ha mejorado su seguridad a la hora de realizar traslados en distancias cortas.
Podemos afirmar en este caso, que la funcionalidad viene determinada por la inactividad y no por su espasticidad en los músculos flexores de los miembros inferiores, y además, que el tratamiento de fisioterapia con el paciente como parte activa de este, es mucho mas completo y se obtienen mejores resultados.

BIBLIOGRAFÍA

-Kordi H, Sohrabi M, Saberi Kakhki A, Attarzadeh Hossini SR. The effect of strength training based on process approach intervention on balance of children with developmental coordination disorder. Arch Argent Pediatr. 2016.

-Au MK, Chan WM, Lee L, Chen TM, Chau RM, Pang MY. Core stability exercise is as effective as task-oriented motor training in improving motor proficiency in children with developmental coordination disorder: a randomized controlled pilot study. Clin Rehabil. 2014.

-Navarro-Patón R, Martín-Ayala JL, Martí González M, Hernández A, Mecías-Calvo M. Effect of a 6-Week Physical Education Intervention on Motor Competence in Pre-School Children with Developmental Coordination Disorder. J Clin Med. 2021.

Resumen: - Paciente con cuadriplejía espástica, GMFCS IV. Escoliosis rectificada por fijadores en la columna. El tratamiento planteado ha consistido en equilibrio en sedestación y sobre pelota Bobath, marcha por diferentes terrenos y entrenamiento con andador. El paciente ha conseguido una marcha autónoma, el equilibrio ha mejorado, en los dos últimos meses no ha tenido ninguna caída y no ha necesitado otros tratamientos. Podemos afirmar, que la funcionalidad venía determinada por la inactividad, y no por su espasticidad, además, el tratamiento de fisioterapia con el paciente como parte activa de este, es mucho más completo y se obtienen mejores resultados.

Palabras Clave: Spasticity, Physical Therapy, Gait

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Paciente de 20 años, parálisis cerebral, cuadriplejía espástica, mayor hipertonía en el hemicuerpo izquierdo, se traslada en silla motorizada. Siempre ha recibido al menos dos sesiones de fisioterapia semanales. Cada seis meses le infiltran toxina botulínica en los bíceps femorales izquierdo y derecho. Nos llega a consulta por demanda de los padres, quieren ver si su hijo puede realizar una marcha autónoma, fuera de la silla, usando algún tipo de andador. Fijación completa de columna desde la D1 a S1.

Observación clínica:

Cuadriplejia espástica, nivel en la escala GMFCS IV, a consecuencia de una hipoxia durante parto, por parto múltiple. Escoliosis rectificada por fijaciones en la columna.

Hipertonía en las cuatro extremidades. Utilizamos escala Ashworth modificada para valorar: Brazo y mano derecha 2 sobre 4, extremidades inferiores 3 sobre 4, brazo y mano izquierda 3 sobre 4. Hiperreflexia osteotendinosa en ambos reflejos rotulianos y bicipitales. Flexo de rodillas, utiliza férulas DAFO para miembros inferiores, y flexo de codo en el brazo izquierdo (causado por el alto tono del bíceps braquial). Se mantiene sentado en superficies estables, aunque no se encuentra seguro. Es capaz de mantenerse de pie por cortos periodos él solo.

Plan de cuidados:

Se ha planteado un plan de tratamiento de 1 mes, el paciente realiza ejercicios de equilibrio sobre pelota Bobath, equilibrio en sedestación sobre una silla, y de sedestación a bipedestación, durante 30 minutos, dos veces a la semana, marcha en escaleras y barras paralelas, 30 minutos, dos veces por semana, y una vez por semana, entrenamiento con andador posterior tipo “Cocodrilo”, 1 hora, dos veces por semana, realizando descansos de 5 minutos por cada 20 minutos de trabajo.

Discusión:

El paciente ha conseguido una marcha autónoma, propulsándose con sus miembros inferiores, equilibrio ha mejorado considerablemente, ya que en los dos últimos meses no ha tenido ninguna caída, además, en la última revisión médica, no le han tenido que infiltrar toxina botulínica en los bíceps femorales.

Estos resultados demuestran, que la anormalidad funcional de nuestro paciente, no viene determinada por el grado de afectación o la hipertonía que sufre, la funcionalidad estaba determinada por la inactividad que sufría al utilizar solamente la silla motorizad

Conclusiones:

La fisioterapia activa en un paciente con cuadriplejía espástica y nivel cognitivo conservado ha demostrado resultados positivos, ha mejorado la calidad de vida del paciente y la independencia de la silla motorizada, además ha mejorado su seguridad a la hora de realizar traslados en distancias cortas.

Podemos afirmar en este caso, que la funcionalidad viene determinada por la inactividad y no por su espasticidad en los músculos flexores de los miembros inferiores, y, además, que el tratamiento de fisioterapia con el paciente como parte activa de este, es mucho más completo y se obtienen mejores resultados.

Bibliografía

1.- Kordi H, Sohrabi M, Saberi Kakhki A, Attarzadeh Hossini SR. The effect of strength training based on process approach intervention on balance of children with developmental coordination disorder. Arch Argent Pediatr. 2016.

2.- Au MK, Chan WM, Lee L, Chen TM, Chau RM, Pang MY. Core stability exercise is as effective as task-oriented motor training in improving motor proficiency in children with developmental coordination disorder: a randomized controlled pilot study. Clin Rehabil. 2014.

3.- Navarro-Patón R, Martín-Ayala JL, Martí González M, Hernández A, Mecías-Calvo M. Effect of a 6-Week Physical Education Intervention on Motor Competence in Pre-School Children with Developmental Coordination Disorder. J Clin Med. 2021.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 82

El Consentimiento Informado

Carrasco Castellanos, Marta
López de Mota de la Morena, Carmen María
Rolando Calle, Celia

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO:

AUTOR: Marta Carrasco Castellanos,
COAUTORES: Carmen María López de Mota de la Morena, Celia Rolando Calle.

INTRODUCCIÓN

El consentimiento informado (CI) es definido en el BOE como "la conformidad **libre**, **voluntaria** y **consciente** de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud".

En España está regulado por la ***Ley 41/2002*, del 14 noviembre**. Más conocida como **Ley de Autonomía del Paciente.**

OBJETIVOS

- Dar a conocer la finalidad e importancia del documento informado en el ámbito sanitario.
- Conocer las situaciones en las que se requiere del documento y de quien es responsabilidad.

MATERIAL Y MÉTODO

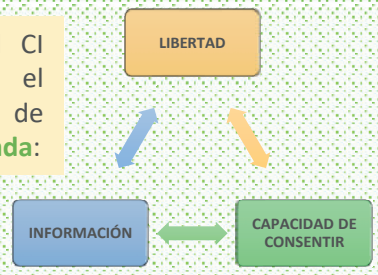
Revisión bibliográfica con límites de búsqueda entre **2010-2023.**

Bases de datos utilizadas: *Dialnet, pubmed, Google académico y Scielo.*

Los términos empleados han sido: *"informed consent"*, *"patients rights"*, *"personal autonomy"*.

RESULTADOS

La validez del CI radica en el cumplimiento de la siguiente **triada**:



El titular del derecho a la información y de la toma de decisión es el **paciente.** Exceptuando en el caso de los niños, personas con discapacidad para comprender o en situaciones en las que existe imposibilidad para consentir.

ACTOS QUE REQUIEREN DE CI (entre otros)

Interrupción voluntaria de embarazo	Reproducción asistida	Procedimientos bajo anestesia general o local	Ensayos clínicos

SITUACIONES DE EXCEPCIÓN

Casos de urgencia	La demora entraña riesgo para el paciente	Patologías que impliquen riesgos para la sociedad	Ttos impuestos por ley

CONCLUSIONES

El CI es un acuerdo de voluntades entre el profesional y el paciente. En el se presenta una propuesta de plan clínico o procedimiento, se informan los riesgos-beneficios y finalmente se solicita la autorización del paciente para llevarlo a cabo. Esta información debe de darse por el **profesional que va a realizar la técnica o procedimiento** pues así aseguramos la adecuada información.
Se obtiene mediante comunicación verbal y no exime de responsabilidad al profesional. Se trata de asegurar que se ha dado la información adecuada al paciente y éste ha elegido de manera libre. Aplicando el principio de Autonomía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez H. Consentimiento informado en la práctica clínica. An Facultad Med (Univ Repúb Urug). 2017;4(Sup 2):22-30. Disponible en: https://revistas.udelar.edu.uy/OJS/index.php/anfamed/article/view/207/198
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. Madrid: Jefatura de estado; 2002. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188
3. Naithe Pérez, D. El consentimiento informado en la práctica de Enfermería. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com. 2021;(ISSN 1886-8924): Vol. XVI; nº 19; 934. Disponible en: https://referenciasbibliograficas.com//citar-revista-vancouver/

Resumen: Es imprescindible proporcionar atención de calidad basada en la protección de la dignidad y los derechos del individuo. Por ello se debe informar a los pacientes sobre su enfermedad y pronóstico siempre y cuando así lo deseen, además de comunicar las alternativas de tratamiento o en su defecto de cuidados paliativos existentes, dependiendo del caso.

El consentimiento informado (CI) toma especial importancia. Se trata de un documento garantizador de que la información se ha entregado al paciente por parte del profesional sanitario y que, de manera autónoma, ha decidido al respecto en base a sus principios, religión o características personales.

Palabras Clave: Informed consent, "Patients rights", "Personal autonomy"

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

En la antigüedad predominaba la llamada "beneficencia paternalista" en relación a la atención y cuidados al paciente, pues el enfermo estaba sometido al criterio del médico y la enfermera sin poseer poder de decisión. Esto cambió con el surgimiento del CI, donde la autonomía del paciente adquiere gran importancia.

La normativa que modera el consentimiento informado en España es la Ley 41/2002, de 14 noviembre, reguladora de la autonomía del paciente, así como de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Más conocida como Ley de Autonomía del Paciente.

El CI debe respetar los requisitos, forma y contenido establecido por la legislación civil, sanitaria y los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia para alcanzar su validez jurídica, ética y legal.

Objetivos:

- Dar a conocer la finalidad e importancia del documento informado en el ámbito sanitario.

- Conocer las situaciones en las que se requiere del documento y de quien es responsabilidad.

Material y Métodos:

Este trabajo se ha realizado mediante una revisión bibliográfica con límites de búsqueda entre 2010-2023 en diferentes bases de datos como pueden ser: Dialnet, pubmed, Google académico y Scielo.

Los términos empleados han sido "informed consent", "patients rights", "personal autonomy".

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 inglés y español, publicados en los últimos 10 años y que definían las funciones del consentimiento informado.

- EXCLUSIÓN: Aquellos que no estaban disponibles en texto completo y los que iban dirigidos a alguna especialidad médica en particular.

Resultados:

Como ya hemos comentado anteriormente, el consentimiento informado es un derecho del paciente y su procuración, previa a la realización del acto asistencial, es un deber del profesional sanitario que va a realizar la intervención.

El proceso de obtención es un acto de comunicación, esencialmente verbal y a información a proporcionar es disímil para cada acto profesional y cada paciente.

Su validez radica en el cumplimiento de la siguiente triada:

- Libertad: decisión libre del paciente a someterse a un tratamiento sin persuasión, manipulación ni coerción.

- Información: debe ser comprensible e incluir el objetivo del tratamiento, procedimiento, beneficios y riesgos potenciales y la posibilidad de rechazar el tratamiento en cualquier momento.

- Capacidad para consentir: abarca la capacidad de comprender que posee el paciente. En el caso de personas declaradas incapaces, la toma de decisión corresponde a su representante legal.

Por tanto, es importante que, además de conocer estos tres elementos, mencionemos otros aspectos de interés, como la titularidad.

El titular, tanto del derecho a la información como del derecho a consentir o rechazar el procedimiento, es el propio paciente, pero existen excepciones:

a) Niños o adolescentes no suficientemente maduros: los padres o sus representantes legales son quienes toman el poder de decidir.

b) Pacientes que bajo criterio médico carecen de capacidad para comprender la información: la información se pondrá en conocimiento de sus representantes legales.

c) Pacientes capaces en situación de imposibilidad de consentir (por ejemplo: intoxicación alcohólica aguda…), la representación recae en el cónyuge, concubino o pariente más próximo.

Entre los actos que requieren de CI encontramos: reproducción asistida, interrupción voluntaria de embarazo, procedimientos que requieren anestesia general o regional, donación de órganos, ensayos clínicos, procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados de alto riesgo…

Existen situaciones de excepción en las que no se considera obligatorio, como es el caso de urgencias y emergencias o situaciones en que la demora signifique un riesgo grave para el paciente. En estos casos la legislación autoriza a actuar sin consentimiento expreso dándole prioridad a la salud frente al derecho del paciente a decidir. Siempre y cuando no se trate de pacientes que ya expresaron una voluntad anticipada contraria a un tratamiento.

Otras situaciones en las que no se requiere el CI es en aquellos casos en los que nos enfrentamos a patologías que implican riesgo para la sociedad, así como los tratamientos obligatorios impuestos por la ley.

Cabe destacar que el encargado de dar la información sobre la intervención o procedimiento será el profesional que atienda al paciente, y que todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado a la correcta prestación de la asistencia además de cumplir los deberes de información y documentación clínica.

En este punto, surgen muchas disconformidades puesto que, en ocasiones, a enfermería se le hace responsable de transmitir información que no le corresponde en cuanto a una técnica o procedimiento determinado privando al paciente de obtener derecho a la información completa.

Conclusiones:

El consentimiento informado es el acuerdo de voluntades entre el profesional y el paciente en el que se presenta una propuesta de plan clínico o procedimiento, se informan los riesgos-beneficios y finalmente se solicita la autorización del paciente para llevarlo a cabo.

Esta información debe de darse por el profesional que va a realizar la técnica o procedimiento pues así aseguramos la adecuada información del proceso.

Su proceso de obtención es mediante comunicación verbal y cabe destacar que la obtención del mismo no exime de responsabilidad al profesional.

Rigurosamente se trata de asegurar que el paciente ha recibido la información de manera comprensible y que ha elegido de manera libre si quiere o no llevar a cabo el procedimiento, aplicando el principio de autonomía.

Bibliografía

1.- Rodríguez H. Consentimiento informado en la práctica clínica. An Facultad Med (Univ Repúb Urug). 2017;4(Sup 2):22-30. Disponible en: https://revistas.udelar.edu.uy/OJS/index.php/anfamed/article/view/207/198

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. Madrid: Jefatura de estado; 2002. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188

3.- Naithe Pérez, D. El consentimiento informado en la práctica de Enfermería. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com. 2021;(ISSN 1886-8924): Vol. XVI; nº 19; 934. Disponible en: https://referenciasbibliograficas.com//citar-revista-vancouver/

4.- Guía de consentimiento informado. Castilla y León. Junta de Castilla y León. Disponible en:https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/bioetica/guias-bioetica-castilla-leon.ficheros/1266525-Guia%20de%20Consentimiento%20Informado.pdf

5. Armando Ortiz, P., Patricio Burdiles, P. Consentimiento informado. Elsevier. 2010 (ISSN 10.1016/S0716-8640(10)70582-4): Vol 21; nº 4; 644-652. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-consentimiento-informado-S0716864010705824

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 83

El ejercicio físico en el abordaje del dolor en cáncer de mama: una revisión sistemática.

Román Nieto, Natalia

El ejercicio físico en el abordaje del dolor en cáncer de mama: una revisión sistemática

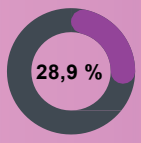
Natalia Román Nieto

INTRODUCCIÓN

El tipo de cáncer más frecuente en la actualidad es el de mama, el cual supone:



144 casos/100.000 mujeres al año



28.9% del total de cánceres en mujeres

Se estima que para 2023 serán 35.001 los casos de cáncer de mama en España.[1]

Con el paso de los años, los avances terapéuticos y el diagnóstico precoz, se ha conseguido disminuir la mortalidad y aumentar la supervivencia.[2]

Tanto el cáncer como los tratamientos empleados para el mismo pueden desencadenar síntomas, dentro de los cuales se encuentra el dolor.

Esto, junto a los nuevos avances en afrontamiento activo del dolor, hace pensar en cuál sería el efecto del ejercicio físico en el dolor en pacientes con cáncer de mama

OBJETIVOS

Determinar la evidencia científica existente de la influencia del ejercicio físico en el dolor en pacientes con cáncer de mama.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo una revisión sistemática en las bases de datos Pubmed, Cochrane y PEDro, con los términos "breast cancer", ""pain" y “exercise”, seleccionando aquellos artículos comprendidos bajo los filtros “clinical trial” y “systematic review” publicados desde 2018 hasta la actualidad.

Se descartaron aquellos que no hacían referencia al tema en cuestión o aquellos que no disponían aún de resultados. De todos, un total de 3 estudios fueron seleccionados para su análisis.

RESULTADOS

Existen multitud de métodos de aplicación del ejercicio físico; sin embargo, los estudios referentes a la aplicación del mismo en pacientes con cáncer de mama son escasos. Los diferentes estudios analizados estudiaron diferentes modalidades. El ejercicio aeróbico es la modalidad más estudiada dentro del ejercicio terapéutico en su aplicación desde la fisioterapia. De esta manera, Reis AD, et al.[3] estudiaron los efectos de la combinación de ejercicio aeróbico y resistencia con flexibilidad en pacientes con cáncer, donde obtuvieron resultados significativos en la reducción del dolor, así como en la intensidad e influencia del mismo en la vida diaria.

Otros autores analizaron la evidencia existente de la aplicación de hidroterapia y sus efectos en cáncer de mama, de forma que Mur-Gimeno E, et al.[4] observaron mejoras, no solo en dolor, sino también en amplitud de movimiento, calidad de vida y capacidad cardiorrespiratoria.

Sin embargo, la evidencia científica existente sobre la aplicación de Pilates en este colectivo, analizada por Pinto-Carral A. et al.[5] solo demostró efectos significativos en la mejora del dolor y funcionalidad, no siendo determinantes para la movilidad y calidad de vida.

CONCLUSIONES

La evidencia científica existente sobre la aplicación del ejercicio físico en pacientes con cáncer de mama es escasa. Los estudios y revisiones existentes muestran una clara mejoría del dolor con la aplicación de diferentes modalidades de ejercicio físico. Sin embargo, cada uno de ellos aplican unos parámetros de ejercicio, por lo que los resultados no son comparables a otros estudios. Por ello, se requieren más estudios que determinen los parámetros óptimos de aplicación del ejercicio físico y estudiar así los efectos en este colectivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. El médico interactivo [Internet]. Aumenta la incidencia del cáncer de mama en España [citado el 4 de junio de 2023]. Disponible en: https://elmedicointeractivo.com/aumenta-la-incidencia-del-cancer-de-mama-en-espana/
2. SEOM [Internet]. Las cifras del cáncer en España 2023 [citado el 4 de junio de 2023]. Disponible en: https://seom.org/images/Las_cifras_del_Cancer_en_Espana_2023.pdf
3. Reis AD, Pereira PTVT, Diniz RR, et al. Effect of exercise on pain and functional capacity in breast cancer patients. Health Qual Life Outcomes. 2018;16(1):58.
4. Mur-Gimeno, E., Postigo-Martin, P., Cantarero-Villanueva, I., & Sebio-Garcia, R. (2022). Systematic review of the effect of aquatic therapeutic exercise in breast cancer survivors. European journal of cancer care, 31(1), e13535.
5. Pinto-Carral A, Molina AJ, de Pedro Á, Ayán C. Pilates for women with breast cancer: A systematic review and meta-analysis. Complement Ther Med. 2018;41:130-140.

Resumen: El cáncer de mama es el más frecuente en la actualidad, afectando en su gran mayoría a mujeres. Los avances en medicina han permitido disminuir la mortalidad y aumentar la supervivencia, pero no sin secuelas derivadas del mismo o del tratamiento. Dentro de ellas se encuentra el dolor, presente en un gran porcentaje. El afrontamiento activo del dolor es ahora un objetivo de la investigación en fisioterapia, por lo que la aplicación de programas basados en el ejercicio físico desde el punto de vista terapéutico podría ser eficaz en el tratamiento del dolor presente en mujeres con cáncer de mama.

Palabras Clave: Breast cancer, Pain, Exercise

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

En la actualidad el cáncer de mama es el más frecuente y el que afecta mayormente a mujeres, englobando al 28,9% del total de cánceres que afectan a las mujeres. Se estima que en 2023 sean 35.001 el número de personas con cáncer de mama.

El impacto que esta enfermedad tiene en este colectivo es elevado, ya que se ven afectados por múltiples secuelas, derivadas de la misma y de los tratamientos.

Desde la fisioterapia, el objetivo de las investigaciones actuales se encuentra en el afrontamiento activo del dolor, síntoma presente en gran parte de las mujeres afectadas por este tipo de enfermedad. Por lo que la aplicación de las diferentes modalidades del ejercicio físico desde un punto de vista terapéutico podría ser eficaz como tratamiento coadyuvante en la percepción del dolor

Objetivos:

El objetivo de esta revisión sistemática es analizar la evidencia científica existente sobre la aplicación de ejercicio físico en la percepción del dolor en pacientes con cáncer de mama.

Material y Métodos:

Se llevó a cabo una revisión sistemática en las bases de datos PubMed, Cochrane y PEDro, seleccionando aquellos ensayos clínicos y revisiones sistemáticas publicadas desde 2018 hasta la actualidad, bajo los términos “exercise”, “pain” y “breast cancer”. Se descartaron todos aquellos artículos que no abordaban el tema en cuestión, así como aquellos carentes de resultados. De todos los artículos analizados, solo fueron seleccionados un total de 3 publicaciones.

Resultados:

Diferentes modalidades de ejercicio físico han sido estudiadas en esta población como tratamiento, entre otras variables, del dolor. Días A, et al. estudiaron los efectos de la combinación de ejercicio aeróbico y resistencia con flexibilidad. Los resultados obtenidos fueron significativos en cuanto a la mejoría de la puntuación total del dolor, así como su intensidad e influencia en la calidad de vida. Por ello, esta combinación sería útil como tratamiento coadyuvante en pacientes con cáncer de mama.

Mur Gimeno E, et al. analizaron la evidencia existente de la aplicación de ejercicios en medio acuático, en comparación con aquellos realizados fuera del agua. La hidroterapia obtuvo mayores beneficios en cuanto a la disminución del dolor, así como en cuanto a la amplitud articular, calidad de vida y capacidad cardiorrespiratoria. Además, la aplicación de ejercicio físico en medio acuático presenta una mayor adherencia al tratamiento respecto al ejercicio en medio terrestre.

Una de las modalidades en auge es la aplicación de pilates terapéutico, cuyos efectos en este colectivo fueron estudiados por Pinto-Carral A, et al. quienes observaron una reducción principalmente en el dolor y mejora de la funcionalidad

A pesar de la evidencia aportada por los estudios, cada uno de ellos aplica unos parámetros de ejercicio diferentes, por lo que es necesario determinar los parámetros óptimos para la obtención de los mayores beneficios, en este caso, en mujeres con cáncer de mama.

Conclusiones:

Muchas de las investigaciones actuales tienen como objetivo estudiar los efectos del ejercicio físico sobre los síntomas o secuelas de determinadas enfermedades, en concreto sobre el dolor para la disminución del consumo de fármacos. El cáncer de mama, uno de los grandes problemas de la actualidad, podría ser una de las patologías objeto de investigación, ya que la aplicación de ejercicio físico en diversas modalidades produce una mejora de las secuelas, en concreto, en la disminución del dolor, presente en un porcentaje elevado de estas personas. Sin embargo, la escasez de estudios, así como la variabilidad en los parámetros de aplicación, hace que se requiera más investigación en este ámbito.

Bibliografía

1.- El médico interactivo [Internet]. Aumenta la incidencia del cáncer de mama en España [citado el 4 de junio de 2023]. Disponible en: https://elmedicointeractivo.com/aumenta-la-incidencia-del-cancer-de-mama-en-espana/

2.- SEOM [Internet]. Las cifras del cáncer en España 2023 [citado el 4 de junio de 2023]. Disponible en: https://seom.org/images/Las_cifras_del_Cancer_en_Espana_ 2023.pdf

3.- Reis AD, Pereira PTVT, Diniz RR, et al. Effect of exercise on pain and functional capacity in breast cancer patients. Health Qual Life Outcomes.2018;16(1):58

4.- Mur-Gimeno E, Postigo-Martin P, Cantarero-Villanueva I, Sebio-Garcia R. Systematic review of the effect of aquatic therapeutic exercise in breast cancer survivors. Eur J Cancer Care. 2022;31(1),e13535

5.- Pinto-Carral A, Molina AJ, de Pedro Á, Ayán C Pilates for women with breast cancer: A systematic review and meta-analysis Complement. Ther Med. (2018);41:130-140

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 84

El Estrés y el Síndrome de Burnout en Enfermería

Montaño Herrera, Liliana Patricia
Montes Mansilla, Marta
Sánchez Puertas, María

EL ESTRÉS Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERÍA

Autores: Liliana Patricia Montaño Herrera, Marta Montes Mansilla, María Sánchez Puertas

INTRODUCCIÓN

Los profesionales sanitarios constituyen uno de los grupos poblacionales con mayor riesgo de desarrollar este síndrome y, dentro de ellos, la rama de enfermería ha sido objeto de numerosos estudios a lo largo de la historia. Ya que según afirma el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) "si se quisiera crear un entorno óptimo para producir estrés, muchos de los factores que se incluirían serían claramente reconocidos por el personal de enfermería como acontecimientos que éste encuentra en su trabajo diariamente".

El Síndrome de Burnout fue acuñado por Freudenberguer en los años sesenta y desarrollado por Cristina Maslach en la década de los ochenta, con la creación de un instrumento de valoración, el Maslach Burnout Inventory, que mide las tres dimensiones principales: el cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal.

OBJETIVOS

1. Ampliar los conocimientos sobre el Síndrome de Burnout.
2. Conocer las consecuencias del Síndrome

MATERIAL Y MÉTODO

Vamos a realizar una revisión bibliográfica en las bases de datos y buscadores científicos como Scielo, Google Académico, Pubmed, Dialnet, medline.

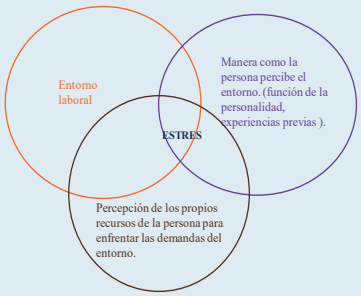
Criterios de:

Inclusión: Burnout, enfermería, estrés laboral, Maslach Burnout Inventory

Exclusión: Burnout en estudiantes, restricción temporal.

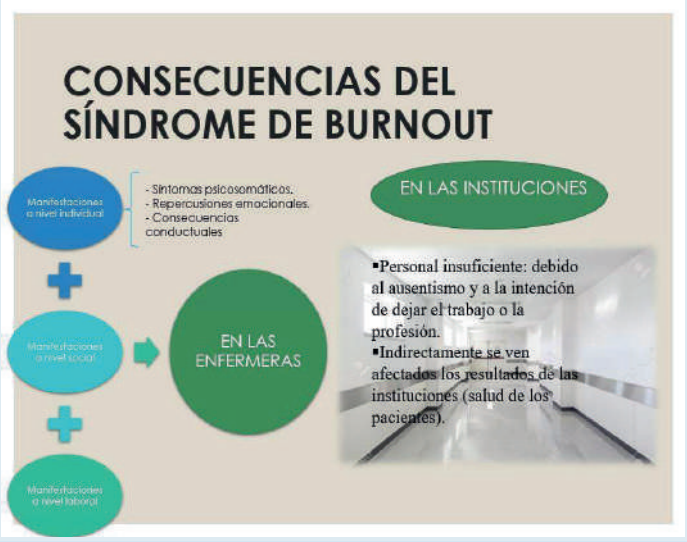
La ecuación de búsqueda utilizada en inglés fue *«emergency AND nurs AND stress»* y en español «urgencias AND enfermería AND *burnout»*.

RESULTADOS



- ❑ El trabajo como fuente de estrés. El estrés como fenómeno de adaptación.
- ❑ Cuando el proceso adaptativo falla, aparecen sentimientos negativos, aumento del riesgo de padecer enfermedades psicosomáticas y aumento de conductas no saludables.
- ❑ Cuando el estrés surge en el lugar de trabajo, se denomina "estrés laboral". Cuando existe un fallo en los mecanismos adaptativos y la situación se mantiene en el tiempo surge el Síndrome de Burnout (S.B).





CONCLUSIÓN

Conocemos que los profesionales de enfermería son un colectivo que tiene un elevado riesgo de desarrollar el Síndrome de Burnout a lo largo de su carrera profesional debido a su trabajo de entrega y asistencia; por este motivo deben potenciar los factores protectores y evitar los factores de riesgo. En ese sentido la actualización de los conocimientos resulta un elemento de protección.

Por otro lado, hemos podido comprobar que el Síndrome de Burnout podría conducir a una mala calidad asistencial, por lo que sería necesario tomar medidas preventivas



Resumen: El contexto laboral sanitario en el que las demandas son muy elevadas y se dispone de bajos recursos predispone a los profesionales a experimentar frustración y alto nivel de tensión emocional que conlleva un aumento el desgaste profesional a consecuencia del estrés laboral experimentado. Numerosos estudios demuestran el efecto negativo del estrés laboral, ya que cuando éste se cronifica surgen en el profesional sentimientos de desesperanza, baja realización personal y cansancio emocional que repercuten en su práctica clínica, e indirectamente repercute en la organización para la que trabaja, así como en los receptores de los cuidados; es decir, surge el Síndrome de Burnout.

Palabras Clave: Urgencias, Enfermería, Burnout

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Los profesionales sanitarios constituyen uno de los grupos poblacionales con mayor riesgo de desarrollar este síndrome y, dentro de ellos, la rama de enfermería ha sido objeto de numerosos estudios a lo largo de la historia. Ya que según afirma el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) “si se quisiera crear un entorno óptimo para producir estrés, muchos de los factores que se incluirían serían claramente reconocidos por el personal de enfermería como acontecimientos que éste encuentra en su trabajo diariamente".

Los profesionales de enfermería en su práctica diaria deben afrontar situaciones de muerte, incapacidad, sufrimiento además de ser la responsable, según el CIE, de prestar cuidados autónomos y en colaboración con otros profesionales sanitarios a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en cualquier contexto de salud. Es decir, suya es la responsabilidad de la promoción y prevención de la salud, así como de los cuidados adaptados. Por lo que algunas de las características que pueden definir las funciones de enfermería son la versatilidad y la complejidad, si a esto le sumamos la eventual sobrecarga de trabajo y el enfrentarse cotidianamente a la enfermedad y el sufrimiento ajeno, hace que la enfermería sea considerada como una de las profesiones que tienen mayor índice de estrés laboral.

El Síndrome de Burnout fue acuñado por Freudenberguer en los años sesenta y desarrollado por Cristina Maslach en la década de los ochenta, con la creación de un instrumento de valoración, el Maslach Burnout Inventory, que mide las tres dimensiones principales: el cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal.

Objetivos:

1. Ampliar los conocimientos sobre el Síndrome de Burnout.

2. Conocer las consecuencias del Síndrome

Material y Métodos:

Vamos a realizar una revisión bibliográfica en las bases de datos y buscadores científicos como Scielo, Google Académico, Pubmed, Dialnet, Medline.

Criterios de:

Inclusión: Burnout, enfermería, estrés laboral, Maslach Burnout Inventory

Exclusión: Burnout en estudiantes, restricción temporal.

Resultados:

El Síndrome de Burnout se origina como respuesta al estrés laboral e institucional continuado, este sufrimiento mantenido termina afectando a la salud física de los profesionales. Se acumula cansancio de forma progresiva y se ven afectados los mecanismos básicos de recuperación, incluido el sueño. A nivel emocional, los profesionales refieren la sensación de estar dando más de lo que reciben. Este cansancio físico y emocional es la primera manifestación.

Si no se reacciona a tiempo, el profesional puede presentar una distorsión significativa en su manera de percibir las amenazas y los agravios, y reaccionar con estrategias disfuncionales para defenderse. Progresivamente se desvaloraría la relación de ayuda establecida con los pacientes y se sustituye por el distanciamiento emocional. Esto propicia que se responda con irritabilidad y cinismo ante las demandas de los pacientes y de la organización sanitaria. Se produce entonces la escalada hacia la segunda dimensión: la despersonalización.

El trato despersonalizado elimina la mayor fuente de satisfacción de las profesiones asociadas a las relaciones de ayuda, lo que refuerza el cansancio de los profesionales iniciando así un viaje sin retorno. Se agotan los recursos del profesional hasta incapacitarlo para el ejercicio de su profesión. Esta puede ser la vía que nos conduzca a la tercera fase del síndrome, la incompetencia o falta de realización personal con respuestas negativas hacia el trabajo y hacia sí mismo por parte de los profesionales “quemados” que han perdido total o en ocasiones definitivamente la motivación por el trabajo y que llegan a la falta total de implicación en el trabajo.

El proceso secuencial antes descrito se corresponde con el modelo Procesual de Leiter que surge a partir del modelo secuencial de Leiter y Maslach (1988)

CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT

En las enfermeras

• Síntomas psicosomáticos como dolor de espalda baja, dolor de cabeza por tensión, problemas de sueño, fatiga crónica, desajustes en los ciclos menstruales, resfriados, pirosis, diarrea por tensión, palpitaciones, etc.

• Repercusiones emocionales: sentimientos de fracaso, pérdida de autoestima, irritabilidad, distanciamiento afectivo, disgusto, ansiedad, impaciencia, aburrimiento, baja tolerancia a la frustración, episodios depresivos, sentimientos de impotencia, culpabilidad, alienación o soledad.

• Consecuencias conductuales: cambios de humor, absentismo laboral, aumento de conductas agresivas, cínicas. Relacionadas con este tipo de consecuencias, se encuentran las consecuencias psicológicas como la ansiedad, depresión y hostilidad.

• Manifestaciones a nivel social y laboral. En el plano social se ven afectadas las relaciones interpersonales, surgen conflictos con su círculo debido a las conductas hostiles y de aislamiento junto con una comunicación ineficaz.

En el contexto laboral, se aprecia una disminución de la productividad, rendimiento, motivación y satisfacción laboral, absentismo laboral, aumento en el deseo de un cambio de servicio tendencia de abandono del puesto de trabajo y baja implicación e interés.

En las instituciones y sus resultados --> Personal insuficiente: una de las consecuencias del síndrome es que los profesionales busquen retirarse del trabajo, se presenta absentismo, intención de dejar el trabajo o la profesión. Así mismo, hay una disminución de la calidad de los cuidados.

Conclusiones:

Conocemos que los profesionales de enfermería son un colectivo que tiene un elevado riesgo de desarrollar el Síndrome de Burnout a lo largo de su carrera profesional debido a su trabajo de entrega y asistencia; por este motivo deben potenciar los factores protectores y evitar los factores de riesgo. En ese sentido la actualización de los conocimientos resulta un elemento de protección.

Además, el Síndrome de Burnout podría conducir a una mala calidad asistencial, por lo que sería necesario tomar medidas preventivas

Bibliografía

1.- Castillo, A. R. del (2015) 'Síndrome Burnout en los profesionales de enfermería del Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias'.

2.- Muriel, C. H. (2014) 'Síndrome de Burnout en el Profesional de Enfermería Tesis', Uma ética para quantos?, 1(2), pp. 81–87. doi: 10.1007/s13398-014-0173-7.2

3.- Myrna Benítez, E. R. (2014) 'INTENSIVOS DE UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE MONTEVIDEO 3(2), pp. 21–27.

4.- Soto-Rodríguez, A. and Pérez-Fernández, M. R. (2015) 'Síndrome de desgaste profesional (burnout) y estrés en personal de enfermería en un hospital de Ourense', Rev Enferm, 38(2), pp. 101–106.

5.- Zamora Bernal, M. J. and Fernández García, ÁngelHernández Gómez, F. (2015) enfermeriadeurgencias. Available at: http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/julio2015/pagina13.html

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 85

El método Baby–Led Weaning: una revisión sistemática

Romero Cabello, María del Carmen
Jurado Torralbo, Ana
Larrondo Velasco, Kimberley

EL MÉTODO BABY LED-WEANING: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Autora: María del Carmen Romero Cabello
Coautoras: Ana Jurado Torralbo y Kimberley Larrondo Velasco

SATSE

INTRODUCCIÓN

El **Baby-Led Weaning (BLW)** es una novedoso **método de alimentación complementaria** que propone la introducción de alimentos sólidos en piezas enteras (“finger foods”), autorregulada y dirigida por el propio lactante.

Conocer esta realidad es muy importante desde la perspectiva de enfermería para poder dar recomendaciones basadas es la mejor evidencia.





OBJETIVOS

Conocer el **método Baby-Led Weaning** a través de producción científica existente.

Exponer los **beneficios y riesgos** del método Baby-Led Weaning

METODOLOGÍA

El diseño empleado es el de un estudio de **revisión sistemática**. La búsqueda se realizó en **Pubmed, Cochrane y Google Académico**, en los últimos 2 años (2021 a 2023). Periodo de consulta: Enero a Mayo de 2023.

Criterios de inclusión

Artículos originales, artículos de revisión, artículos en inglés y en español y estudio en humanos.

Criterios de exclusión

Artículos sin texto completo disponible o que no presentaban resultados.

RESULTADOS

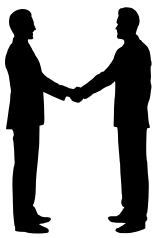


El método BLW favorece el **desarrollo psicomotor**, el **mantenimiento de la lactancia materna**, la **alimentación perceptiva** basada en las señales de hambre y saciedad del niño y genera **preferencia por la comida sana y variada.** Se ha evidenciado un **aumento de la satisfacción familiar** y una disminución de la percepción de “mal comedor”.

Los posibles inconvenientes serían el **riesgo de atragantamiento por sólidos.** Para mitigar este riesgo se recomienda a los padres instruirse mediante cursos de primeros auxilios. El déficit de hierro no presenta un riesgo real. El BLW parece una **buena estrategia para fomentar hábitos saludables desde la primera infancia**, aunque hacen falta más estudios para determinar su efecto en el aumento de peso.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

- Fomenta la **autorregulación de la ingesta, promueve la lactancia materna y estilos de alimentación saludables, estimula la sensorialidad y el desarrollo psicomotor.**
- **Pocos datos sobre efectos a largo plazo** del BLW.
- **Necesidad de formación** sobre el BLW, especialmente para profesionales de enfermería.
- Los profesionales de **enfermería** son **responsables de iniciar y controlar la alimentación infantil**, permitiendo a las familias tomar decisiones informadas sobre la alimentación complementaria.



BIBLIOGRAFÍA

1. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton N, Fidler Mis N, et al. Complementary feeding: a position paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2017 Jan;64(1):119-32.
2. Smith HA, Becker GE. Early additional food and fluids for healthy breastfed full-term infants. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Aug 30;(8):CD006462.
3. Vissers KM, Feskens EJM, van Goudoever JB, Janse AJ. The timing of initiating complementary feeding in preterm infants and its effect on overweight: a systematic review. Ann Nutr Metab. 2018;72(4):307-15.

Resumen: El Baby-Led Weaning (BLW) es un novedoso método de alimentación complementaria, propone la introducción de alimentos sólidos en piezas enteras, autorregulada por el lactante.

El diseño empleado es el de un estudio de revisión sistemática.

El método BLW favorece el desarrollo psicomotor, el mantenimiento de la lactancia materna, y genera preferencia por la comida sana. Se ha evidenciado un aumento de la satisfacción familiar y disminución de la percepción de "mal comedor".

Palabras Clave: Métodos de alimentación, Nutrición del niño, Lactantes

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El Baby-Led Weaning (BLW) es una novedosa forma de ofrecer la alimentación complementaria (AC) que ha irrumpido con fuerza en nuestra sociedad, el método propone la introducción de los alimentos sólidos autorregulada y dirigida por el propio lactante; en

lugar de comenzar con los tradicionales triturados y papillas, se ofrecen los alimentos sólidos en piezas enteras ("finger foods"). Los padres deciden qué ofrecen (y es su responsabilidad ofrecer comida sana, segura y variada), pero el lactante coge por sí mismo la comida que se pone a su alcance; decidiendo qué elige comer y cuánta cantidad.

A raíz de las recomendaciones de la OMS en el año 2002 de iniciar la alimentación complementaria a los 6 meses, padres y profesionales comienzan a cuestionar la necesidad de los triturados que componen la base de la alimentación complementaria tradicional.

Pese a tener un origen empírico, hay cada vez más trabajos metodológicamente serios que han estudiado su aplicabilidad, riesgos y resultados a medio y largo plazo.

Conocer esta realidad es muy importante desde la perspectiva de enfermería para poder dar recomendaciones basadas es la mejor evidencia.

Objetivos:

- Conocer el método Baby-Led Weaning a través de producción científica existente.

- Exponer los beneficios y riesgos del método Baby-Led Weaning frente a la alimentación complementaria tradicional.

Material y Métodos:

El diseño empleado es el de un estudio de revisión sistemática.

La búsqueda se realizó en Pubmed, Cochrane y Google Académico, en los últimos 2 años (2021 a 2023). Periodo de consulta: Enero a mayo de 2023.

Palabras clave: Baby-Led Weaning; Alimentación Complementaria; Lactantes; Nutrición infantil

Criterios de inclusión: artículos originales, artículos de revisión, artículos en inglés y en español. Criterios de exclusión: artículos sin texto completo disponible o que no presentaban resultados.

Resultados:

Las familias que optan por BLW suelen esperar a los 6 meses para comenzar la AC, en contraposición a las que optan por el método tradicional, que suelen empezar antes lo que puede conllevar riesgos para el lactante. Además, favorece el mantenimiento de la LM. En un estudio aleatorizado se ha observado un incremento de la duración media de la LM en el grupo BLW. Favorece la alimentación perceptiva y basada en las señales de hambre y saciedad del niño, favorece la preferencia por la comida sana y variada a medio y largo plazo, aunque esto depende de la dieta familiar. Aumento de la satisfacción familiar, disminución de la percepción de "mal comedor". Los posibles inconvenientes del método BLW serían el riesgo de atragantamiento por sólidos, para mitigar este riesgo se recomienda a los padres instruirse mediante cursos de primeros auxilios a tal fin. Además, el déficit de hierro no presenta un riesgo real, como podemos apreciar en diferentes estudios, la adecuada instrucción a los padres sobre la importancia y los alimentos que deben ofrecer ricos en este.

No se han encontrado diferencias en las calorías totales ingeridas entre uno y otro método. Sin embargo, existe disparidad en cuanto al efecto del BLW en el aumento de peso. El BLW parece una buena estrategia para fomentar hábitos saludables desde la primera infancia, aunque hacen falta más estudios para determinar su efecto en el aumento de peso

Conclusiones:

Con respecto a la alimentación complementaria tradicional, la introducción de sólidos siguiendo los principios del BLW podría aportar algunas ventajas ya que fomenta la autorregulación de la ingesta, promueve la lactancia materna y estilos de alimentación saludables, favorece la estimulación sensorial y el desarrollo psicomotor, entre otros beneficios. Pero también son posibles algunos inconvenientes, cuando el BLW se analiza en contextos en los que los padres han recibido una información básica, no se han encontrado diferencias en estado nutricional, ingesta de hierro o atragantamientos.

Hasta la fecha existen pocos datos sobre el efecto a largo plazo (obesidad, alteración del comportamiento alimentario, etc.) de este método de alimentación. No obstante, dado el incremento de padres que deciden iniciar el BLW, se hace necesaria la formación acerca del método. Concretamente cobra especial importancia en los profesionales de enfermería, quienes son los principales encargados de iniciar y controlar el progreso de la alimentación infantil, de modo que puedan instruir a los padres y así que cada familia dentro de sus preferencias y contextos pueda decidir cómo comenzar dicha alimentación complementaria.

Bibliografía

1.- Smith HA, Becker GE. Early additional food and fluids for healthy breastfed full-term infants. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Aug 30;(8):CD006462.

2.- Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton N, Fidler Mis N, et al. Complementary feeding: a position paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2017 Jan;64(1):119-32.

4. Vissers KM, Feskens EJM, van Goudoever JB, Janse AJ. The timing of initiating complementary feeding in preterm infants and its effect on overweight: a systematic review. Ann Nutr Metab. 2018;72(4):307-15.

5. Rapley G. Baby-led weaning: transitioning to solid foods at the baby's own pace. Community Pract Lond. 2011;84(6):20-3.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 86

El método madre canguro y sus ventajas en el recién nacido prematuro.

Nieves Rodríguez, Carlos Manuel

EL MÉTODO MADRE CÁNGURO Y SUS VENTAJAS EN EL RECIÉN NACIDO PREMATURO

Autor: Carlos Manuel Nieves Rodríguez.

Palabras clave: Recién nacido prematuro, método madre canguro, contacto piel con piel, lactancia materna, beneficios, cuidados de enfermería.

INTRODUCCIÓN:

La prematuridad es la principal causa de mortalidad perinatal, responsable del 50% de las discapacidades en la infancia (1). Es un determinante trascendental de mortalidad y morbilidad neonatal y resulta significativo en etapas posteriores de la vida, por ello, se concibe como un problema de alta prioridad en la salud pública de muchos países(2). Se define parto prematuro, aquel que tiene lugar antes de la semana 37 de gestación. Por lo general el embarazo dura 40 semanas. Los recién nacidos prematuros pueden clasificarse en (3,4,5):

- Prematuridad extrema: El parto se produce antes de las 28 semanas de gestación.
- Prematuridad muy prematura: El parto se produce entre las 29 y 31,6 semanas de gestación.
- Prematuridad moderada: El parto se produce entre las 32 y 34,6 semanas de gestación.
- Prematuridad tardía: El parto se produce entre las 35 y 36.6 semanas de gestación

OBJETIVO: Conocer los beneficios que aporta el método madre canguro a los recién nacidos prematuros.

RESULTADOS:

En cuanto al recién nacido, se presentan numerosos beneficios aportados por esta técnica.

Se ha observado que el método madre canguro tiene un papel importante en la termorregulación del recién nacido, durante contacto piel con piel a través de estímulos sensoriales como el tacto, el calor y el olor, se estimula la liberación de oxitocina materna la cual aumenta la temperatura de la madre, de esta manera resulta este contacto eficaz para el control de la temperatura y se asocia a un menor riesgo de sufrir hipotermia. (6,7).

Hospitales como el Hospital Universitario de la Paz, ha planteado el Alta Voluntaria Anticipada a madres que hayan tenido un parto vaginal sin complicación y del recién nacido sano, complementando la misma con una visita puerperal domiciliaria por parte de residentes R2 de matrona. Asimismo, otros hospitales han optado por otras modalidades de atención, reestructurando la misma en base a los requerimientos de la pandemia y la seguridad de madres e hijos (1,2).

El contacto piel con piel precoz juega un papel fundamental en la instauración de la lactancia materna ya que la liberación de oxitocina endógena favorece la producción de calostro. Durante los primeros 70 minutos, el neonato repta por el vientre de la madre buscando el pezón materno y agarrándose a él de forma espontánea, estableciendo rápidamente el vínculo madre-hijo (8). Se insiste que aquellos recién nacidos a los que se les aplica el método madre canguro consiguen una mayor prevalencia, frecuencia y duración de la lactancia materna exclusiva al alta del ingreso hospitalario. Gracias a la lactancia materna exclusiva, se adquiere mejor control de la glucosa, reduciendo así el riesgo de sufrir hipoglucemias (9).
Se manifiesta que el método madre canguro favorece la ganancia adecuada de peso en recién nacidos prematuros, resultando positivo para la morbilidad de estos neonatos (10). Se ha podido observar que la aplicación de este tipo de cuidado mejora el sistema inmune del neonato y reduce las infecciones nosocomiales y respiratorias gracias a la lactancia materna exclusiva y al contacto directo del bebé con las bacterias de la madre (11).

METODOLOGÍA:

Revisión bibliográfica de la literatura en mayo de 2023.
Búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Dialnet, Lilacs y Scielo ¯ Se han formado cadenas de búsqueda empleando las palabras clave y operador Booleano AND.
Criterios de inclusión: artículos escritos en español o inglés, publicados en los años 2018 –2023, a texto completo, de acceso gratuito y referidos a humanos.
Limitaciones: No se ha podido acceder a artículos de pago.
-Se seleccionan 25 documentos para la revisión bibliográfica que ofrecen la información más relevante.

CONCLUSIONES:

La prematuridad es la principal causa de muerte infantil y provoca diferentes complicaciones, esta situación genera ansiedad en los padres.
La OMS recomienda el método madre canguro, basado en el contacto directo piel con piel, lactancia materna y alta precoz hospitalaria, debido a los numerosos beneficios al prematuro, a los padres y la institución que lo aplica.
Resulta crucial una buena formación del equipo de enfermería ya que es el responsable de poner en práctica dicho cuidado.
A pesar de los casos de muerte súbita y episodios aparentemente letales durante la aplicación del método madre canguro, no se ha llegado a la conclusión de que sea esta técnica la causa directa, por lo que se necesita avanzar en la investigación de estos episodios y su relación con esta técnica.

SATSE

Resumen: El método madre canguro se presenta como uno de los cuidados más recomendados por la OMS por sus beneficios en el prematuro.

Revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, Dialnet, Lilacs y Scielo entre el 2018 - 2023.

El método madre canguro mejora el vínculo con el recién nacido ya que reduce la ansiedad considerablemente.

Palabras Clave: - Recién nacido prematuro, Método madre canguro, Contacto piel con piel.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La prematuridad es la principal causa de mortalidad perinatal, responsable del 50% de las discapacidades en la infancia (1). Es un determinante trascendental de mortalidad y morbilidad neonatal y resulta significativo en etapas posteriores de la vida, por ello, se concibe como un problema de alta prioridad en la salud pública de muchos países (2). Se define parto prematuro, aquel que tiene lugar antes de la semana 37 de gestación. Por lo general el embarazo dura 40 semanas. Los recién nacidos prematuros pueden clasificarse en (3,4,5):

- Prematuridad extrema: El parto se produce antes de las 28 semanas de gestación.
- Prematuridad muy prematura: El parto se produce entre las 29 y 31,6 semanas de gestación.
- Prematuridad moderada: El parto se produce entre las 32 y 34,6 semanas de gestación.
- Prematuridad tardía: El parto se produce entre las 35 y 36.6 semanas de gestación

Objetivos:

Conocer los beneficios que aporta el método madre canguro a los recién nacidos prematuros.

Metodología:

Revisión bibliográfica de la literatura en mayo de 2023.

Búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Dialnet, Lilacs y Scielo. Se han formado cadenas de búsqueda empleando las palabras clave y operador Booleano AND.

Criterios de inclusión: artículos escritos en español o inglés, publicados en los años 2018 – 2023, a texto completo, de acceso gratuito y referidos a humanos.

Limitaciones: No se ha podido acceder a artículos de pago.

Se seleccionan 25 documentos para la revisión bibliográfica que ofrecen la información más relevante.

Resultados:

En cuanto al recién nacido, se presentan numerosos beneficios aportados por esta técnica.

Se ha observado que el método madre canguro tiene un papel importante en la termorregulación del recién nacido, durante contacto piel con piel a través de estímulos sensoriales como el tacto, el calor y el olor, se estimula la liberación de oxitocina materna la cual aumenta la temperatura de la madre, de esta manera resulta este contacto eficaz para el control de la temperatura y se asocia a un menor riesgo de sufrir hipotermia.

Hospitales como el Hospital Universitario de la Paz, ha planteado el Alta Voluntaria Anticipada a madres que hayan tenido un parto vaginal sin complicación y del recién nacido sano, complementando la misma con una visita puerperal domiciliaria por parte de residentes R2 de matrona. Asimismo, otros hospitales han optado por otras modalidades de atención, reestructurando la misma en base a los requerimientos de la pandemia y la seguridad de madres e hijos (1,2).

El contacto piel con piel precoz juega un papel fundamental en la instauración de la lactancia materna ya que la liberación de oxitocina endógena favorece la producción de calostro. Durante los primeros 70 minutos, el neonato repta por el vientre de la madre buscando el pezón materno y agarrándose a él de forma espontánea, estableciendo rápidamente el vínculo madre-hijo (8). Se insiste que aquellos recién nacidos a los que se les aplica el método madre canguro consiguen una mayor prevalencia, frecuencia y duración de la lactancia materna exclusiva al alta del ingreso hospitalario. Gracias a la lactancia materna exclusiva, se adquiere mejor control de la glucosa, reduciendo así el riesgo de sufrir hipoglucemias.

Se manifiesta que el método madre canguro favorece la ganancia adecuada de peso en recién nacidos prematuros, resultando positivo para la morbilidad de estos neonatos

Se ha podido observar que la aplicación de este tipo de cuidado mejora el sistema inmune del neonato y reduce las infecciones nosocomiales y respiratorias gracias a la lactancia materna exclusiva y al contacto directo del bebé con las bacterias de la madre.

Conclusiones:

La prematuridad es la principal causa de muerte infantil y provoca diferentes complicaciones, esta situación genera ansiedad en los padres.

La OMS recomienda el método madre canguro, basado en el contacto directo piel con piel, lactancia materna y alta precoz hospitalaria, debido a los numerosos beneficios al prematuro, a los padres y la institución que lo aplica.

Resulta crucial una buena formación del equipo de enfermería ya que es el responsable de poner en práctica dicho cuidado.

A pesar de los casos de muerte súbita y episodios aparentemente letales durante la aplicación del método madre canguro, no se ha llegado a la conclusión de que sea esta técnica la causa directa, por lo que se necesita avanzar en la investigación de estos episodios y su relación con esta técnica.

Bibliografía

1.- Del Río R, Thió M, Bosio M, Figueras J, Iriondo M. Predicción de mortalidad en recién nacidos prematuros. Revisión sistemática actualizada An Pediatric (Barc). 2019.

2.- Mendoza Tascón LA, Claros Benítez DI, Mendoza Tascón LI, Arias Guatibonza MD, Peñaranda Ospina CB. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. Rev. chil. obstet. ginecol. 2018; 81(4): 330-342.

3.- Nacimientos prematuros [Internet]. Who.int. 2018 [citado 04 de mayo de 2023]. Recuperado a partir de: https://bit.ly/3f2oLXW

4.- Bebé prematuro: Medline Plus enciclopedia médica [Internet]. Medlineplus.gov. 2018 [citado 5 de mayo de 2023]. Recuperado a partir de: https://bit.ly/35cDNWN

5.- ¿Qué es la Prematuridad? [Internet]. Barcelona: Clínic Barcelona. 2018 [citado 5 de mayo de 2023]. Recuperado a partir de: https://bit.ly/2W77h45

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 87

El Método Pilates en la reducción del riesgo de caídas. Revisión sistemática.

Gómez Artillo, Cristina

XIV CONGRESO INVESTIGACIÓN

EL MÉTODO PILATES EN LA REDUCCIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS. REVISIÓN SISTEMÁTICA

AUTOR: CRISTINA GÓMEZ ARTILLO

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento conlleva generalmente, pérdidas de movilidad, de la capacidad funcional y del equilibrio. Es por ello, que el riesgo de caídas aumenta con la edad.
Una caída provoca numerosos efectos en el paciente, siendo la primera causa de muerte en personas mayores.
El ejercicio físico mejora la estabilidad. Concretamente la práctica de ejercicio con el método pilates puede reducir el riesgo de caídas, ya que mejora la movilidad, funcionalidad y equilibrio.

OBJETIVO.

Conocer si el método Pilates reduce el riesgo de caídas.

MATERIAL Y MÉTODO

Criterios de inclusión: Ensayos clínicos aleatorizados, cuyos pacientes tuvieran más de 65 años y recibieran sesiones de Pilates.
Se realizó una búsqueda en Pubmed combinando los términos "risk of falls", "fall risk", "older adults" y "Pilates", con los operadores booleanos. Se encontraron 11 resultados de los que se seleccionaron sólo 3 que cumplían los criterios de inclusión.





RESULTADOS

Respecto a la movilidad solo dos de los tres estudios analizados mostraron mejoras significativas respecto al inicio de la intervención.
En la variable equilibrio los dos estudios que la evaluaban mostraron mejoras estadísticamente significativa.

CONCLUSIÓN

La aplicación de un tratamiento con Pilates es beneficioso para personas mayores para mejorar la movilidad y equilibrio, reduciendo el riesgo de caídas.

Resumen: El proceso de envejecimiento provoca pérdidas de movilidad, de la capacidad funcional y del equilibrio. Esto hace que el riesgo de caídas aumente. Una caída conlleva lesiones asociadas generalmente, siendo la principal causa de muerte en personas mayores. El ejercicio físico mejora la estabilidad. Concretamente la práctica de ejercicio con el método pilates puede reducir el riesgo de caídas, ya que mejora la movilidad, funcionalidad y equilibrio.

Se realizó una búsqueda bibliográfica en Pubmed y se analizaron 3 estudios clínicos aleatorizados.

Palabras Clave: Técnicas de Ejercicio con Movimientos, Anciano, Accidentes por caídas

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Con el paso de los años es habitual presenciar pérdidas de movilidad y de la capacidad funcional provocadas por el proceso de envejecimiento. Esto hace que el equilibrio de las personas mayores se vea afectado, y que el riesgo de caídas aumente, siendo esto un problema para la salud del paciente, ya que la mayoría de las consultas traumatológicas en personas mayores se deben a caídas, así como es la primera causa de muerte en personas mayores. Además de las lesiones asociadas, otro problema que encontramos después de la caída es que al paciente le aumente el miedo a volver a caerse, provocando aún más problemas de movilidad e independencia.

No solo la pérdida de habilidades físicas, sino también otros factores como la medicación del sujeto puede estar detrás de una caída. Antidepresivos, anticoagulantes, calmantes, diuréticos y más medicación que es muy frecuente a estas edades se considera que incrementa el riesgo de caerse.

La actividad física mejora la estabilidad y reduce el riesgo de sufrir problemas relacionados con el estilo de vida. Pero es difícil realizar estudios a personas mayores por la limitación que supone realizar un programa de ejercicio que los pacientes completen de forma adecuada. Sin embargo, sí hay estudios que mencionan una reducción del riesgo de caídas gracias a la intervención con ejercicios de Pilates, ya que mejora la movilidad, funcionalidad y el equilibrio.

Objetivos:

Analizar la bibliografía existente acerca del tratamiento mediante el método pilates en personas mayores para reducir el riesgo de caídas.

Metodología:

R Para llevar a cabo el objetivo planteado se establecieron los siguientes criterios de selección de artículos:

Se incluyeron en la revisión ensayos clínicos aleatorizados, cuyos participantes tuvieran 65 años o más y, al menos uno de los grupos de participantes, recibiera un tratamiento con ejercicios basado

en el método Pilates. Se excluyeron los estudios que estuvieran escritos en idioma diferente al español o inglés o que no se encontrara el estudio a texto completo.

Se realizó una búsqueda bibliográfica en Pubmed combinando los siguientes términos y operadores booleanos: *("risk of falls" OR "fall risk")* AND *"older adults"* AND pilates. Está búsqueda proporcionó un total de 11 resultados. Se procedió a leer título y resumen de los resultados obtenidos y se excluyeron 6 artículos. Los 5 restantes fueron leídos a texto completo y se incluyeron 3 de ellos en la revisión al cumplir los criterios de inclusión.

Resultados:

Se incluyeron 3 artículos en la revisión cuya media de edad se encontraba entre los 68.8 y los 78.5. En todos los estudios se realizó una intervención de 10 a 12 semanas empleando el método Pilates.

En los tres estudios se analizó la movilidad de los sujetos con el test *"Timed Up and Go"*. En los estudios de Roller *et al*. y Da Silva *et al*. se encontraron diferencias significativas en la medición final, respecto a la medición que se realizó al inicio de la intervención. En el tercer estudio, de Josephs et al. se mostraron mejoras, pero las diferencias respecto a los resultados del inicio no fueron estadísticamente significativas.

Solo dos de los estudios incluidos realizaron evaluación de la variable de equilibrio. El estudio de Roller et al. valoró el equilibrio de sus pacientes con *"Berg Balance Scale"* o Escala de Berg. Mientras que en el estudio de Josephs et al. se empleó la escala *"Fullerton Advanced Balance Scale"*. En ambos estudios se mostró una diferencia significativa en los resultados obtenidos de la variable de equilibrio.

Conclusiones:

La aplicación de un tratamiento con Pilates es beneficioso para personas mayores, ya que mejora su movilidad y equilibrio, reduciendo el riesgo de caídas.

Bibliografía

1.- Donatoni da Silva L, Shiel A, McIntosh C. Effects of Pilates on the risk of falls, gait, balance and functional mobility in healthy older adults: A randomised controlled trial. Journal of Bodywork and Movement Therapies. abril de 2022;30:30-41

2.- Donatoni da Silva L, Shiel A, Sheahan J, McIntosh C. Six weeks of Pilates improved functional mobility, postural balance and spatiotemporal parameters of gait to decrease the risk of falls in healthy older adults. Journal of Bodywork and Movement Therapies. enero de 2022;29:1-9

3.- Josephs S, Pratt ML, Calk Meadows E, Thurmond S, Wagner A. The effectiveness of Pilates on balance and falls in community dwelling older adults. Journal of Bodywork and Movement Therapies. octubre de 2016;20(4):815-23

4.- Fuller GF. Falls in the elderly. Am Fam Physician. 1 de abril de 2000;61(7):2159-68, 2173-4.

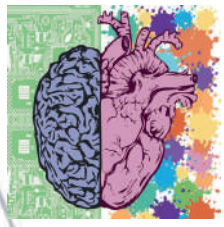
5.-Roller M, Kachingwe A, Beling J, Ickes DM, Cabot A, Shrier gabrielle. Pilates Reformer exercises for fall risk reduction in older adults: A randomized controlled trial. Journal of Bodywork and Movement Therapies [Internet]. 2017 [citado 20 de marzo de 2023]; Disponible en: https://sci-hubtw.hkvisa.net/10.1016/j.jbmt.2017.09.004

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 88

Papel de la Enfermería en casos de Muerte Cerebral. Principales dilemas Bioéticos

López Jiménez, Marcos
Alañón Barba, Marina
Alañón Barba, Pilar



XIV Congreso de Investigación Enfermería y Fisioterapia SATSE Ciudad Real

EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN CASOS DE MUERTE CEREBRAL. PRINCIPALES DILEMAS BIOÉTICOS

Autores: *López Jiménez, Marcos; Alañón Barba, Marina; Alañón Barba, Pilar*

INTRODUCCIÓN

La muerte cerebral se define como pérdida de todas las funciones del encéfalo, en la que las cardio-respiratorias se mantienen de manera artificial. Es requisito indispensable que las respuestas motoras, los reflejos del tronco cerebral y la actividad respiratoria estén ausentes en una persona en coma, con temperatura normal, y exista una lesión cerebral masiva e irreversible. Es necesario descartar que el individuo no se encuentra bajo efectos de fármacos o drogas que actúen sobre el sistema nervioso central y cuyos efectos mimeticen con dicho estado.

Esto ocasiona un gran impacto y controversia ética y médico-legal, por lo que necesario realizar un diagnóstico en el que se excluya las manifestaciones clínicas que simulen la muerte cerebral. Por tanto, atendiendo a razones obvias, en el diagnóstico de muerte cerebral es esencial mantener un periodo de observación suficiente para confirmar que la situación que guarda este individuo corresponde indudablemente a muerte cerebral.

OBJETIVOS

- Identificar cuidados y atención de Enfermería en casos de muerte cerebral.
- Describir los principales dilemas bioéticos.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica. Se realizó un análisis bibliográfico de los buscadores utilizados en el presente artículo como método de respaldo de la información, tales como: Medline, PubMed, Scielo y libros científicos

RESULTADOS

El objetivo fundamental de los cuidados de Enfermería es la preservación hemodinámica y fisiológica de los órganos hasta el final del proceso, para evitar un daño orgánico y poder garantizar la efectividad de la donación de órganos.

Como vemos, hay que destacar la importancia de asegurar el cuidado del potencial donador y el mantenimiento de sus funciones vitales. Por tanto, es necesario que todo el equipo asistencial trabaje de forma multidisciplinar y preste unos cuidados de calidad al sujeto.

El diagnóstico de muerte encefálica obliga rapidez, para evitar el daño orgánico; pero también exige prudencia, por el gran impacto éticode declarar muertos a individuos antes de que su corazón deje de latir.

La bioética moderna postula tres principios básico: autonomía, beneficencia y justicia; obligatorios y distintos entre sí. Posteriormente, en 1979, se sumó, el principio de no maleficencia o evitar daño

Desde un punto de vista puramente ético, se plantea el dilema de si es correcto mantener o iniciar un soporte vital a una persona con un daño cerebral definitivo (muerte encefálica). En España, está regulado por el Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre, de las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territoriales de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad.

CONCLUSIONES

Las patologías que cursan con inconsciencia y desconexión con el medio, como el caso de muerte cerebral; tienen una gran carga moral, espiritual, en algunos casos religiosa; lo que genera numerosos dilemas, además de médico-legales, bioéticos.

Son estados que al no poder tomar decisiones o actuar de forma voluntaria, involucra mucho a familiares y allegados.

Cabe destacar la labor de Enfermería, ya no solo en el trato con el paciente, que como hemos visto es esencial. Sino también por el trato a la familia, en cuanto a comunicación, cuidado y atención durante todo el proceso. Con lo que una vez más, vemos como a una enfermera la describen sus aptitudes, humanidad y empatía.

BIBLIOGRAFÍA

1.García S, Sauri Suárez S, Meza E, Villagómez A de J. Muerte cerebral. Diagnóstico oportuno y axiomático de una pérdida neurológicas definitiva. Med Int Mex [Internet]. 2012;28(6):585–97. Available from: https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/17/90

2.Cadavid L. Muerte cerebral. Repert Med y Cirugía [Internet]. 2002;11(3):98–102. Available from: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/292-Texto del artículo-706-1-10-20181026.PDF

3.Aristizábal AM, Castrillón Y, Gil T, Restrepo D, Solano K, Guevara M, et al. Manejo actual del donante potencial de órganos y tejidos en muerte cerebral: guía de manejo y revisión de la literatura. Rev Colomb Cirugía [Internet]. 2017;32(2):128–45. Available from: https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/17/90

Obten aquí el artículo

Resumen: La muerte cerebral, dentro de los diferentes estados del nivel de consciencia, se caracteriza por un estado irreversible en el que se mantienen las funciones cardio-respiratorias de manera artificial, pero existe una pérdida total de las funciones encefálicas. Es una afección localizada o focal, que gradualmente va evolucionando a dicho estado. La labor de Enfermería es preservar la integridad del organismo, evitando daño orgánico para hacer posible la donación de órganos. La muerte encefálica, debido a los aspectos psico-sociales encierra numerosos dilemas bioéticos.

Palabras Clave: Estado de conciencia, Trastornos de conciencia, Muerte encefálica.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La muerte cerebral se define como pérdida de todas las funciones del encéfalo, en la que las funciones cardio-respiratorias se mantienen de manera artificial.[1-4]

Con el desarrollo de la tecnología en las unidades de cuidados intensivos, y en particular, del pulmón artificial, que permitía mantener la función respiratoria sin necesidad de la voluntad del individuo. En 1959 se evidenció un nuevo estado neurológico a la que se denominó como "coma *depassé*" Según Goulon y Mollaret, dicho concepto se traduce como, del que no se regresa.[3]

Dicho estado de coma depassé representa una condición incurable, al que le seguía una asistolia irreversible. Los estudios histopatológicos de estas personas revelaban descomposición y necrosis del sistema nervioso central, parecido al que se presenta en una muerte clásica por paro cardio-respiratorio. Finalmente, concepto de coma *depassé* dio lugar al de muerte cerebral. [3]

Dicho concepto tiene un gran impacto y controversia ética y médico-legal, por lo que necesario realizar un diagnóstico en el que se excluya las manifestaciones clínicas que simulen la muerte cerebral, como: alteraciones electrolíticas, endocrinas o metabólicas, alteraciones en la oxigenación-hipoxemia grave...[3]

Objetivos:

El objetivo principal de este trabajo es estudiar, dentro de las principales enfermedades neurológicas en las unidades de cuidados intensivos, la muerte cerebral. Así como identificar los cuidados de Enfermería y dilemas bioéticos.

Metodología:

Este estudio se basa en una revisión bibliográfica narrativa sobre el papel de Enfermería en los casos de muerte cerebral, así como los principales dilemas bioéticos.

El material bibliográfico utilizado han sido principalmente publicaciones científicas.

El método empleado es la búsqueda en bases de datos como *PubMed, Elsevier, Scielo, Dialnet*, entre otras.

Resultados:

ETIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA

La muerte cerebral supone una lesión estructural del encéfalo. Generalmente, comienza como una lesión localizada o focal y que evolucione a una afección global, como ocurre con las lesiones vasculares, isquémicas o hemorrágicas; contusiones o laceraciones…[1]

La fisiopatología del daño encefálico, y por tanto del diagnóstico de muerte cerebral consta de varias fases:

1. Fase diencefálica precoz: Comienza con pérdida de concentración y somnolencia progresiva. La respiración es regular, con bostezos y suspiros hasta alcanzar un estado de coma.[1]

2. Fase diencefálica tardía: En este periodo el sujeto se encuentra en coma, el patrón respiratorio se torna a un patrón de Cheyne Stokes. Las pupilas se presentan mióticas, aunque conserva el reflejo fotomotor. En las fases diencéfalicas finales se presenta lo que se conoce como "rigidez de decorticación", donde existe una disfunción piramidal y el reflejo de Babinski (reflejo plantar extensor).[1]

3. Fase mesencefálica: El individuo se encuentra en un estado de coma profundo. Sus pupilas se vuelven irregulares y pierden el reflejo fotomotor y se ve afectada la mirada conjugada, que se asocia a movimiento cefálicos; aparece un signo que se conoce, como "ojos de muñeca". Se inicia una hiperventilación neurógena central y la respuesta a la estimulación de nociceptores se caracteriza por una rigidez extensora de descerebración.[1]

4. Fase protuberancial: Continua el proceso degenerativo, se caracteriza por un patrón respiratorio superficial que alterna con intervalos de apnea. Las pupilas mantienen su posición y arreactividad. Ocasionalmente, el sujeto puede responder a estímulos dolorosos con flexión de miembros inferiores.[1]

5. Fase bulbar: La respiración desemboca en un patrón que se conoce como "atáxica" o de Biot. Las pupilas se tornan a una midriasis paralítica, aparece hipotensión y pulso irregular. El individuo se encuentra cuadripléjico sin tono muscular. En esta fase es imposible detectar signos de focalización neurológica.[1]

Cuidados de enfermería:

Los cuidados básicos de Enfermería, inicialmente, se basan en asegurar la integridad cutánea, seguridad e higiene, evitar úlceras por presión; monitorización del individuo; evaluación y administración de medicación prescrita por el facultativo según el cuadro neurológico. [1, 3, 5]

El objetivo principal de los cuidados de Enfermería es la preservación hemodinámica y fisiológica de los órganos hasta el final del proceso, para evitar un daño orgánico y poder garantizar la efectividad de la donación de órganos.

El trasplante de órganos conlleva aspectos médicos y no médicos (ámbito psicosocial, económico y ético). El primer dilema ético lo encontramos en el diagnóstico de muerte. Desde un punto de vista puramente ético, se plantea el dilema de si es correcto mantener o iniciar un soporte vital a una persona con un daño cerebral definitivo, muerte encefálica.

En España, está regulado por el Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre, de las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territoriales de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad.

Conclusiones:

Las alteraciones del nivel de consciencia tienen una gran carga moral, espiritual, en algunos casos religiosa; lo que genera numerosos dilemas, además de médico-legales, bioéticos.

En cuanto a la donación de órganos, estoy a favor de darle una segunda oportunidad a los órganos de una persona, puesto que una vez diagnosticada de fallecida, la necesidad de estar conectada a una máquina para mantener los órganos vivos y, además, con la capacidad de darle una gran oportunidad a una persona que lo necesite. Es un gran acto de humanidad y ayudaría a muchísimas personas.

Por último, destacar la labor de Enfermería, ya no solo en el trato con el paciente, que como hemos visto es esencial. Sino también por el trato a la familia, en cuanto a comunicación, cuidado y atención durante todo el proceso. Lo que demuestra que, una gran enfermera, lo que la hace grande son sus aptitudes, humanidad y empatía.

Bibliografía

1.- Bibliografía: García S, Sauri Suárez S, Meza E, Villagómez A de J. Muerte cerebral. Diagnóstico oportuno y axiomático de una pérdida neurológicas definitiva. Med Int Mex [Internet]. 2012;28(6):585–97. Available from: https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/17/90

2.- Cadavid L. Muerte cerebral. Repert Med y Cirugía [Internet]. 2002;11(3):98–102. Available from: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/292-Texto del artículo-706-1-10-20181026.PDF

3.- Aristizábal AM, Castrillón Y, Gil T, Restrepo D, Solano K, Guevara M, et al. Manejo actual del donante potencial de órganos y tejidos en muerte cerebral: guía de manejo y revisión de la literatura. Rev Colomb Cirugía [Internet]. 2017;32(2):128–45. Available from: https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/17/90

4.- Rodríguez-Arias Vailhen D. Juntas y revueltas. La muerte cerebral fue concebida para facilitar la donación de órganos. Dilemata [Internet]. 2017;0(23):57–87. Available from: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-JuntasYRevueltasLaMuerteCerebralFueConcebidaParaFa-5836133.pdf

5.- Rodrigues Costa C, Pereira Da Costa L, Aguiar N. The role of nursing the patient with brain death in the ICU. Rev bioét [Internet]. 2016;24(2):368–73. Available from: http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016242137

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 89

El parto en casa. Revisión de la literatura.

Bravo Vaquero, Carolina
Pulgarín Pulgarín, Beatriz
Laderas Díaz, Estíbaliz

El parto en casa. Revisión de la literatura.

AUTORAS:
Bravo Vaquero, Carolina
Pulgarín Pulgarín, Beatriz
Laderas Díaz, Estíbaliz

INTRODUCIÓN

En la Europa Occidental de la Edad Media, el parto era acompañado y asistido exclusivamente por mujeres. La práctica era realizada por una comadrona, en el domicilio de la embarazada, rodeada de otras mujeres, como familiares y amigas íntimas[1]. A principios del siglo XVII comenzaron a aparecer los primeros hombres parteros, quedando la obstetricia casi completamente bajo control estatal[1]. A partir del SXX, comienza el auge de la intervención del médico en el proceso de nacimiento y, por tanto, el desplazamiento de las parteras. Así, el parto comienza a entenderse como un *"proceso patológico"*, donde se recomendaba el uso de fórceps y episiotomía para todos los nacimientos, comenzándose además a utilizarse anestesia para evitar el dolor de parto[1,2]. Durante el siglo XX se genera un paradigma donde la cesárea, por ejemplo, se percibe como una técnica más fiable que el parto vaginal, refiriéndose el autor a esta fase como *era electrónica del parto*, donde la mujer no debe hacer nada: es una paciente[1]. A lo largo de los últimos años, la atención del parto hospitalario ha provocado una creciente medicalización del proceso, junto con una percepción de "desnaturalización" del mismo, lo cual ha generado la reaparición del parto domiciliario como una opción cada vez más popular[2]. Además, el parto en casa ha demostrado buenos resultados en términos de morbimortalidad materna y neonatal, satisfacción y relación coste-beneficio en países donde se ofrece dentro del sistema público de salud[3].

Con estos datos, resulta interesante indagar en la posición en la que se halla el parto domiciliario en nuestro contexto.

PALABRAS CLAVE
Parto humanizado, parto domiciliar, mortalidad perinatal, salud materna

OBJETIVOS

Conocer si el parto en casa representa una opción válida y segura para la asistencia obstétrica.

RESULTADOS

En los países desarrollados, la prevalencia de partos en el hogar con la presencia de profesionales cualificados, y de una manera planificada, varía entre el 11,3% en Nueva Zelanda, 2,8% en Inglaterra y menos del 1% en Australia [2,4]. Sin embargo en Holanda, el 62,7% de las mujeres planifican el parto en el domicilio[5]. Revisando estas prevalencias podemos observar que el parto domiciliario está bien integrado en el sistema sanitario de algunos países, como Canadá, Inglaterra, Islandia, Holanda, Nueva Zelanda, y el Estado de Washington (EE. UU.)[5]. No obstante, en España, durante 2017, según los datos del Instituto Nacional de Estadística, tan sólo un total de 1.273 nacimientos tuvieron lugar en el domicilio, representando estos tan sólo un 0,32% de todos los partos[2].

En cuanto a la seguridad del parto en casa, la literatura revisada ofrece resultados dispares:

Por ejemplo, en 2018, Rossi y Prefumo señalan que hay que tener en cuenta que emergencias obstétricas como el desprendimiento de placenta o la distocia de hombros son complicaciones que pueden ocurrir con independencia del espacio en el que tenga lugar el parto e indiferentemente de si estamos ante un embarazo de alto o de bajo riesgo[2]. En estos casos, el entorno hospitalario ofrece la posibilidad de un manejo más rápido de estos acontecimientos, convirtiéndose por ello en un espacio más seguro que el domicilio[2].

Sin embargo, Hutton et al., en el 2019, concluyeron que entre mujeres de bajo riesgo no existe un aumento en la morbimortalidad neonatal en función de donde tiene lugar el parto[3,5]. Señalan además, que la mayor parte de los estudios con mayor calidad procedían de contextos donde las matronas que asistían el parto en el domicilio estaban bien integradas en el sistema sanitario[3,5].

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta la dirección en la que la asistencia sanitaria debe desarrollarse, el área de la atención al parto se encuentra en un momento ideal para aproximarse más al proceso fisiológico del que se trata[1,2]. El parto en casa, puede ofrecer grandes ventajas para la gestante y el recién nacido, pudiendo convertirse en un futuro en una buena alternativa. Para conseguirlo, es preciso un aporte adecuado de recursos materiales, así como un entrenamiento apropiado de los profesionales para que el parto en el domicilio sea atendido por profesionales perfectamente formados que además, estén coordinados de manera óptima con las unidades hospitalarias de Obstetricia y Pediatría[2].

BIBLIOGRAFÍA.

1. Rodríguez Larrar, F. (2021.). Parto domiciliario planificado: una mirada desde la desmedicalización y la resistencia. Tesis de grado. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Ciencias Sociales.
2. Sánchez-Redondo, M. D., Cernada, M., Boix, H., Fernández, M. G. E., González-Pacheco, N., Martín, A., ... & Couce, M. L. (2020, October). Parto domiciliario: un fenómeno creciente con potenciales riesgos. In *Anales de Pediatría* (Vol. 93, No. 4, pp. 266-e1). Elsevier Doyma.
3. Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona. Guía de asistencia al parto en casa. Barcelona 2018 [consultado6 Dic 2019]. Disponible en: http://www.llevadores.cat/docs/publicacions/Guía PartoCasa 2018.pdf.
4. Wasden SW, Chasen ST, Perlman JM, Illuzzi JL, Chervenak FA,Grunebaum A, et al. Planned home birth and the associationwith neonatal hypoxic ischemic encephalopathy. J Perinat Med.2017;45:1055-60.
5. Koettker JG, Bruggemann OM, Freitas PF, Riesco MLG, Costa R. Obstetric practices in planned home births assisted in Brazil. Rev Esc Enferm USP. 2018;52:e03371. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017034003371

Resumen: A lo largo de los últimos años, la atención del parto hospitalario ha provocado una creciente medicalización del proceso lo cual ha generado la reaparición del parto domiciliario como una opción cada vez más popular. En nuestro país, la SEGO y la FAME han reivindicado un progreso hacia la humanización de la asistencia al parto, para acercarnos al proceso fisiológico del que se trata. El parto en casa ha demostrado buenos resultados en términos de morbimortalidad materna y neonatal, satisfacción y relación coste-beneficio en países donde se ofrece dentro del sistema público de salud

Palabras Clave: Parto humanizado, Parto domiciliario, Mortalidad perinatal

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

En la Europa Occidental de la Edad Media, el parto era acompañado y asistido exclusivamente por mujeres. La práctica era realizada por una comadrona, en el domicilio de la embarazada, rodeada de otras mujeres, como familiares y amigas íntimas[1]. A principios del siglo XVII comenzaron a aparecer los primeros hombres parteros, quedando la obstetricia casi completamente bajo control estatal[1]. A partir del SXX, comienza el auge de la intervención del médico en el proceso de nacimiento y, por tanto, el desplazamiento de las parteras. Así, el parto comienza a entenderse como un *"proceso patológico"*, donde se recomendaba el uso de fórceps y episiotomía para todos los nacimientos, comenzándose además a utilizarse anestesia para evitar el dolor de parto[1,2]. Durante el siglo XX se genera un paradigma donde la cesárea, por ejemplo, se percibe como una técnica más fiable que el parto vaginal, refiriéndose el autor a esta fase como *era electrónica del parto*, donde la mujer no debe hacer nada: es una paciente[1]. A lo largo de los últimos años, la atención del parto hospitalario ha provocado una creciente medicalización del proceso, junto con una percepción de "desnaturalización" del mismo, lo cual ha generado la reaparición del parto domiciliario como una opción cada vez más popular[2]. Además, el parto en casa ha demostrado buenos resultados en términos de morbimortalidad materna y neonatal, satisfacción y relación coste-beneficio en países donde se ofrece dentro del sistema público de salud[3].

Con estos datos, resulta interesante indagar en la posición en la que se halla el parto domiciliario en nuestro contexto.

Metodología:

Para la realización del presente trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la literatura científica actual, elaborándose dicha búsqueda de manera sistemática.

En primer lugar, se llevó a cabo una búsqueda en PubMed de documentos publicados por diferentes sociedades y asociaciones profesionales tanto en España como en el contexto internacional sobre el parto en casa. Esta búsqueda se hizo tanto en español como en inglés. Después, se realizó una búsqueda de revisiones sistemáticas de la literatura científica en SCIELO, con 2017 como límite de fecha de publicación, e incluyendo artículos tanto en inglés como en español. Para la búsqueda de estudios originales se consultó la bases de datos Medline, mediante las siguientes ecuaciones de búsqueda: "home" AND "birth". Se analizaron además las referencias bibliográficas de los artículos

seleccionados con el fin de rescatar otros estudios potencialmente útiles para la revisión. Dichos artículos fueron localizados a través de Pubmed, y de Google Scholar.

En la búsqueda de literatura gris se incluyó todo tipo de documentos aportados por las diferentes sociedades profesionales sobre parto en casa. Respecto a las revisiones sistemáticas y los estudios científicos se aplicó como criterio de inclusión los artículos publicados desde 2017 a la fecha actual. El principal criterio de exclusión fue que los artículos tuvieran una antigüedad mayor a 5 años.

Resultados:

En los países desarrollados, la prevalencia de partos en el hogar con la presencia de profesionales cualificados, y de una manera planificada, varía entre el 11,3% en Nueva Zelanda, 2,8% en Inglaterra y menos del 1% en Australia [2,4]. Sin embargo en Holanda, el 62,7% de las mujeres planifican el parto en el domicilio[5]. Revisando estas prevalencias podemos observar que el parto domiciliario está bien integrado en el sistema sanitario de algunos países, como Canadá, Inglaterra, Islandia, Holanda, Nueva Zelanda, y el Estado de Washington (EE. UU.)5. No obstante, en España, durante 2017, según los datos del Instituto Nacional de Estadística, tan sólo un total de 1.273 nacimientos tuvieron lugar en el domicilio, representando estos tan sólo un 0,32% de todos los partos[2].

En cuanto a la seguridad del parto en casa, la literatura revisada ofrece resultados dispares:

Por ejemplo, en 2018, Rossi y Prefumo señalan que hay que tener en cuenta que emergencias obstétricas como el desprendimiento de placenta o la distocia de hombros son complicaciones que pueden ocurrir con independencia del espacio en el que tenga lugar el parto e indiferentemente de si estamos ante un embarazo de alto o de bajo riesgo[2]. En estos casos, el entorno hospitalario ofrece la posibilidad de un manejo más rápido de estos acontecimientos, convirtiéndose por ello en un espacio más seguro que el domicilio[2].

Sin embargo, Hutton et al., en el 2019, concluyeron que entre mujeres de bajo riesgo no existe un aumento en la morbimortalidad neonatal en función de donde tiene lugar el parto[3,5]. Señalan además, que la mayor parte de los estudios con mayor calidad procedían de contextos donde las matronas que asistían el parto en el domicilio estaban bien integradas en el sistema sanitario[3,5].

Conclusiones:

Teniendo en cuenta la dirección en la que la asistencia sanitaria debe desarrollarse, el área de la atención al parto se encuentra en un momento ideal para aproximarse más al proceso fisiológico del que se trata[1,2]. El parto en casa, puede ofrecer grandes ventajas para la gestante y el recién nacido, pudiendo convertirse en un futuro en una buena alternativa. Para conseguirlo, es preciso un aporte adecuado de recursos materiales, así como un entrenamiento apropiado de los profesionales para que el parto en el domicilio sea atendido por profesionales perfectamente formados que además, estén coordinados de manera óptima con las unidades hospitalarias de Obstetricia y Pediatría[2].

Bibliografía

1.- Rodríguez Larrar, F. (2021.). Parto domiciliario planificado: una mirada desde la desmedicalización y la resistencia. Tesis de grado. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Ciencias Sociales.

2.- Sánchez-Redondo, M. D., Cernada, M., Boix, H., Fernández, M. G. E., González-Pacheco, N., Martín, A., ... & Couce, M. L. (2020, October). Parto domiciliario: un fenómeno creciente con potenciales riesgos. In Anales de Pediatría (Vol. 93, No. 4, pp. 266-e1). Elsevier Doyma.

3.- Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona. Guía de asistencia al parto en casa. Barcelona 2018 [consultado6 Dic 2019]. Disponible en: http://www.llevadores.cat/docs/publicacions/Guía PartoCasa 2018.pdf.

4.- Wasden SW, Chasen ST, Perlman JM, Illuzzi JL, Chervenak FA,Grunebaum A, et al. Planned home birth and the associationwith neonatal hypoxic ischemic encephalopathy. J Perinat Med.2017;45:1055-60.

5.- Koettker JG, Bruggemann OM, Freitas PF, Riesco MLG, Costa R. Obstetric practices in planned home births assisted in Brazil. Rev Esc Enferm USP. 2018;52:e03371. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017034003371

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 90

El Sonido de una Unidad de Cuidados Intensivos

Gutiérrez Ramos, Noelia
Martínez Herreros, Yolanda

EL SONIDO DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

AUTORES: *Gutiérrez Ramos Noelia, Martínez Herreros Yolanda*

INTRODUCCIÓN

Se puede definir el ruido como un conjunto de sonidos desagradables debido a las molestias que ocasionan. Hay que tratarlo de manera subjetiva, dependerá de la sensibilidad y tolerancia de cada persona, también varia según la Cultura y lugar donde nos encontremos la manera de percibirlo puede ser más o menos molesto.

El paciente crítico es un ser vulnerable, durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos (UCI) está expuesto a la separación de su hogar, familia, actividades, privacidad…y experimenta dolor, ansiedad, estrés… Un ambiente que debiese ser tranquilo, se ha convertido en ruidoso y estresante. Las fuentes de sonido en las UCI se clasifican en operacional, es el generado por el personal, los procesos y el equipamiento, y en estructural, es el generado por el edificio.

Existen numerosos estudios que demuestran los efectos dañinos que provoca el ruido en especial en las áreas críticas. Afecta tanto a los enfermos como al personal e impacta negativamente en la evolución clínica de los pacientes y en el desempeño profesional.

OBJETIVOS:

1.-Medir el grado de ruido en las UCI.
2.-Sensibilizar al personal que trabaja en la UCI sobre la importancia e impacto del ruido.
3.-Promover intervenciones para disminuir el ruido en la UCI.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura científica existente en las bases de datos (Pubmed, Medline, Cochrane, Google Académico, revistas de Enfermería, seleccionando artículos más relevantes sobre la incidencia del ruido en las unidades de cuidados intensivos.

La búsqueda, sin limitación tiempo, se realizó con las siguientes palabras claves: Ruido, Unidad de cuidados intensivos, Intervenciones de enfermería, Calidad de atención.

(Keywords: Noise, Intensivo care unit, Nursings Interventions,Quality of health care)

RESULTADOS

En la mayoría de los estudios realizados se considera el ruido como el agente más perturbador en relación con el ambiente. Los factores más molestos fueron el tono elevado de voz, los ruidos generados por los aparatos y las conversaciones del personal

FUENTES OPERACIONALES DE RUIDOS

- Derivado del trabajo de los profesionales.
- Intensidad de la voz y conversaciones.
- Sistemas de monitorización y aparataje.
- Sonido de los Teléfonos.
- Movimiento de mesas, carros, equipos portátiles

FUENTES ESTRUCTURALES DEL RUIDO

- Sistemas de Ventilación, Calefacción-Aires acondicionados.
- Apertura y cierre de puertas.
- Lámparas y luces.
- Caída de agua de los fregaderos.
- Mal diseño arquitectónico-estructural.

EFECTOS DEL RUIDO SOBRE LA SALUD

PACIENTES:

1.- Alteración del Patrón del Sueño.
2.- Alteraciones Fisiológicas. retrasando la recuperación de la enfermedad.
3.- Alteraciones Psicológicas y de Conducta.

PERSONAL:

1.- Estrés emocional.
2.- Disminución de la Concentración.
3.- Alteración en la Comunicación.

Los artículos revisados describen **INTERVENCIONES DE ENFERMERIA** para reducir el ruido generado en la uci, como la colocación de Sonómetro, que es un aparato que muestra de forma visual el nivel sonoro que hay en el entorno donde está colocado, advirtiendo si se excede los límites recomendados, la formación sobre los efectos que causa en los pacientes y profesionales, cartelería repartidas por la unidad recordando la importancia de un espacio sin ruidos, ajustes y disminución del volumen de las alarmas, fomento de la cultura del silencio en los profesionales, reducir la intensidad de la voz, buen mantenimiento de las instalaciones, reducir o limitar el uso de los teléfonos, aquel paciente que lo permite uso de tapones y antifaz, cambio de rutas de limpieza y servicio de cocina, etc… y la evidencia indica una reducción significativa tras la implementación de dichas intervenciones.

CONCLUSIONES

Los datos obtenidos en los diversos estudios evidencian que existe más ruido del adecuado en las UCI, que sobrepasan los valores límites marcados por la OMS (máximo 40dB durante el día y 30-35 dB durante la noche), aunque aproximarse a los niveles recomendados, resulta difícil por las condiciones específicas de las UCI.

Las fuentes generadoras del ruido identificadas como más molestas son las conversaciones del personal, el tono elevado de voz y las alarmas del aparataje, dichas fuentes son fácilmente modificables y de bajo coste.

Se deben realizar acciones encaminadas a lograr una mayor participación del personal para disminuir el ruido en la unidad de cuidados intensivos, mejorando la calidad asistencial y el bienestar integral de los pacientes y sus profesionales

Bibliografía:

1.-N. Lawson, K. Thompson, G Saunders, et al.Round intensito en poise evaluación in a criticar care unir.Am J Cric Care., 19 (2010), pp. E88-e99http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2010260 Medline

2.-A.P. Garrido-Galindo, Y. Camargo-Caicedo, A.M. Vélez-Pereira.Nivel de ruido en unidades de cuidado intensivo de un hospital público universitario en Santa Marta (Colombia).Mes. Intensiva., 40 (2016), ppm 403-410http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2015.11.011 Medline

3.-Darbyshire JL, Young JD. En investigación o round leves en intensive care en referente ti té rho juilines.Criticar Care, 17(5) (2013); 187-198.

Resumen: Existen numerosos estudios que demuestran los efectos dañinos que provoca el ruido, se define como cualquier sonido que produce un efecto fisiológico o psicológico indeseado en un individuo o grupo.

El ambiente dentro de las unidades de cuidados intensivos está influenciado por múltiples agentes estresante para los pacientes y profesionales, el ruido es uno de ellos y la disminución del mismo, mejora la calidad asistencial.

Los factores más molestos descritos en la bibliografía son las conversaciones del personal, el tono elevado de voz y las alarmas del aparataje, que son aspectos fácilmente modificables y de bajo coste

Palabras Clave: Ruido, Unidad de cuidados intensivos, Intervenciones de enfermería

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Se puede definir el ruido como un conjunto de sonidos desagradables debido a las molestias que ocasionan. Hay que tratarlo de manera subjetiva porque no todo el mundo lo percibe de igual manera, dependerá de la sensibilidad y tolerancia de cada persona. El concepto de ruido también puede variar según diversos factores como la Cultura y lugar donde nos encontremos, ya que la manera de percibirlo puede ser más o menos molesto.

El paciente crítico es un ser vulnerable, durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos (UCI) está expuesto a la separación de su familia, actividades, privacidad…y experimenta dolor, ansiedad, estrés… Un ambiente que debiese ser tranquilo se ha convertido en ruidoso y estresante. Las fuentes de sonido en las UCI se clasifican en operacional, es el generado por el personal, los procesos y el equipamiento, y en estructural, es el generado por el edificio.

Existen numerosos estudios que demuestran los efectos dañinos que provoca el ruido en especial en las áreas críticas. Afecta tanto a los enfermos como al personal e impacta negativamente en la evolución clínica de los pacientes y en el desempeño profesional.

Objetivos:

1.-Medir el grado de ruido en las UCI.

2.-Sensibilizar al personal que trabaja en la UCI sobre la importancia e impacto del ruido.

3.-Promover intervenciones para disminuir el ruido en la UCI.

Metodología:

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura científica existente en las bases de datos (Pubmed, Medline, Cochrane, Google Académico, revistas de Enfermería, seleccionando artículos más relevantes sobre la incidencia del ruido en las unidades de cuidados intensivos.

La búsqueda, sin limitación tiempo, se realizó con las siguientes palabras claves: Ruido, Unidad de cuidados intensivos, Intervenciones de enfermería, Calidad de atención. (Keywords: Noise, Intensivo care unit, Nursings Interventions, Quality of health care)

Resultados:

En la mayoría de los estudios realizados se considera el ruido como el agente más perturbador en relación con el ambiente. Los factores más molestos fueron el tono elevado de voz, los ruidos generados por los aparatos y las conversaciones del personal.

Según la bibliografía las fuentes de ruidos en las UCI se pueden clasificar:

1.- OPERACIONAL:

. -Derivado del trabajo de los profesionales: lavado de manos, toma de muestras, administración de tratamientos, realización de pruebas, realización de técnicas, aspiración de secreciones

. -Intensidad de la voz, conversación entre el personal y las familias en horarios de visitas.

. -Las Alamas y funcionamiento de los sistemas de monitorización y aparataje, bombas de infusión y de nutrición, equipos reemplazo renal, humidificador de oxigeno

. -Sonido de los Teléfonos.

. -Movimiento de mesas, carros, equipos portátiles

. -Trabajo de limpieza

2.- ESTRUCTURAL: (por el edificio)

. -Sistemas de Ventilación, Calefacción-Aires acondicionados.

. -Apertura y cierre de puertas.

. -Caída de agua de los fregaderos.

. -Mal diseño arquitectónico-estructural.

Los principales efectos asociados a la exposición de ruido excesivo en las UCI son:

PACIENTES:

1.- Alteración del Patrón del Sueño: Insomnio, Despertares frecuentes, sueño fragmentado.

2.- Alteraciones Fisiológicas: Taquicardia, Hipertensión, Vasoconstricción periférica, aumento de noradrenalina y adrenalina, alteración del cortisol, del colesterol, de los triglicéridos, de la glucosa en sangre, retraso en la cicatrización, alteración en la fusión inmunológica… provocando un retraso en la recuperación de la enfermedad.

3.- Alteraciones Psicológicas y de Conducta: desanimo, dificultad para comunicarse, percepción de riesgo, dificultad para orientarse temporo-espacial, miedo, depresión, estrés, ansiedad, irritabilidad, confusión, delirium

PERSONAL:

1.- Estrés emocional: ansiedad, fatiga, irritabilidad, Factor de riesgo del Síndrome de Burnout y cardiovascular, favorece conflictos interpersonales

2.- Disminución de la Concentración: alteración en la toma de decisiones, predisposición al error, interfiere en la realización de ciertas actividades, afecta al rendimiento.

3.- Alteración en la Comunicación: efecto Lombardo: incremento de la intensidad de la voz, disminución de la agudeza auditiva, zumbidos.

Los artículos revisados describen intervenciones de enfermería para reducir el ruido generado en la uci, como la colocación de Sonómetro, que es un aparato que muestra de forma visual el nivel sonoro que hay en el entorno donde está colocado, advirtiendo si se excede los límites recomendados, la formación sobre los efectos que causa en los pacientes y profesionales, cartelería repartidas por la unidad recordando la importancia de un espacio sin ruidos, ajustes y disminución del volumen de las alarmas, fomento de la cultura del silencio en los profesionales, reducir la intensidad de la voz, buen mantenimiento de las instalaciones, reducir o limitar el uso de los teléfonos, aquel paciente que lo permite uso de tapones y antifaz, cambio de rutas de limpieza y servicio de cocina, etc.… y la evidencia indica una reducción significativa tras la implementación de dichas intervenciones.

Conclusiones:

Los datos obtenidos en los diversos estudios evidencian que existe más ruido del adecuado en las UCI, que sobrepasan los valores límites marcados por la OMS (máximo 40dB durante el día y 30-35 dB durante la noche), aunque aproximarse a los niveles recomendados, resulta difícil por las condiciones específicas de las UCI.

Las fuentes generadoras del ruido identificadas como más molestas son las conversaciones del personal, el tono elevado de voz y las alarmas del aparataje, dichas fuentes son fácilmente modificables y de bajo coste.

Se deben realizar acciones encaminadas a lograr una mayor participación del personal para disminuir el ruido en la unidad de cuidados intensivos, mejorando la calidad asistencial y el bienestar integral de los pacientes y sus profesionales

Bibliografía

1.- N. Lawson, K. Thompson, G Saunders, et al. Round intensito en poise evaluación in a criticar care unir. Am J Cric Care., 19 (2010), pp. E88-e99

http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2020280 / Medline

2.- A.P. Garrido-Galindo, Y. Camargo-Caicedo, A.M. Vélez-Pereira.

Nivel de ruido en unidades de cuidado intensivo de un hospital público universitario en Santa Marta (Colombia). Mes. Intensiva., 40 (2016), ppm 403-410 http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2015.11.011/ Medline

3.- Darbyshire JL, Young JD. En investigación o round leves en intensive care en referente ti té rho juilines. Criticar Care, 17(5) (2013); 187-198.

4.- Navarro JM, de Haro S, Urgirle PE, Vela C. ¿Se respeta el sueño de los pacientes? ROL En, 24(7) (2001); 555-558

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 91

En los Pacientes con Hipertensión Arterial ¿Se conseguiría disminuir las cifras de Tensión Arterial al Disminuir la ansiedad?

Peña Martínez, Juan Carlos
García Andrés, Diana
Rejas Alonso, Elena

En pacientes con hipertensión arterial ¿se conseguiría disminuir las cifras de tensión arterial al disminuir la ansiedad ?

JUAN CARLOS PEÑA MARTINEZ. DIANA GARCIA ANDRES. ELENA REJAS ALONSO

INTRODUCCION

El propósito de este estudio es demostrar si en los pacientes con HTA prevalente y ansiedad comórbida, el control de la ansiedad, puede influir en la disminución de las cifras de tensión arterial.
Estudios longitudinales y transversales recientes en regiones geográficas y grupos de edad demuestran predominantemente una asociación positiva entre la ansiedad comórbida y la hipertensión prevalente o incidente. Incluso se ha relacionado la severidad de la ansiedad con la mayor incidencia de HTA, el aumento de riesgo cardiovascular y de otras patologías.

Dada la repercusión que tiene la ansiedad tanto con HTA, enfermedades cardiovasculares y la disminución de la calidad y de la esperanza de vida y el creciente número de estudios que abalan una relación positiva entre ansiedad comórbida e HTA.
El papel de la Atención Primaria y en especial, la enfermería, toman una especial relevancia, tanto en la prevención como en el diagnostico precoz de estas patologías, ya que constituyen el primer nivel de contacto de la población con el sistema sanitario. Además, resaltar la importancia de un enfoque integral y multidisciplinar de estos pacientes, así como resaltar importancia de que en los pacientes con ansiedad comórbida se haga despistaje y seguimiento tanto de la TA como de otros factores de riesgo cardiovascular, que mejoren los resultados tanto de calidad como de esperanza de vida de estos pacientes.

PALABRAS CLAVE:
HIPERTENSIÓN, ANSIEDAD Y COMORBILIDDAD

OBJETIVO

Demostrar la posible interrelación entre ansiedad prevalente e incidente con el aumento de las cifras tensionales y otros factores de riesgo cardiovascular.

MATERIAL Y METODO

Se realizó una revisión sistemática de la literatura científica en la base de datos PubMed. En cada estrategia de búsqueda se incluyeron los descriptores MESH: hypertension, Anxiety y comorbidity.

Se obtienen 38 artículos con el buscador tras hacer una lectura de ellos, selecciono tres para poder responder a mi pregunta PICO

Tras la revisión de los artículos seleccionados la conclusión es que la mayoría de los estudios realizados hasta ahora que prueban una relación positiva entre ansiedad comórbida e hipertensión arterial, lo que abre nuevas puertas a estudios longitudinales más amplios sobre este tema.

SCAN ME

RESULTADOS

En este trabajo se analizan tres artículos coincidiendo todos en la existencia de una relación positiva entre ansiedad comórbida y la HTA, a pesar de que el enfoque de los tres es totalmente diferente.

En el artículo nº1: Heather M. Johnson realizó una revisión de la literatura existente de estudios transversales y/o retrospectivos, sobre la relación entre los trastornos de ansiedad comórbida y la hipertensión arterial (HTA), tanto prevalente como incidente (futura). El tipo de estudios transversales y/o retrospectivos, impidieron, sin embargo, hacer una inferencia causal de esta relación positiva.

En el artículo 2º: realizó un estudio transversal (2009 y 2013), cogiendo una muestra de más de dos millones de pacientes en Estocolmo (Suecia), intentando demostrar la relación de comorbilidad existente entre pacientes con HTA y enfermedad psiquiátrica. Introduciendo una variable nueva hasta entonces, al sugerir una posible influencia de factores genéticos, dada la posible relación positiva entre el trastorno bipolar y la hipertensión, donde la disfunción de los canales del calcio puede influir en ambas patologías.

En el artículo nº3: James et al lanzaron la hipótesis de si en los pacientes con ansiedad comórbida y depresión puede haber un retraso en el diagnóstico y tratamiento de HTA prevalente, que pueda justificar tanto el aumento de riesgo cardiovascular, como la disminución de la esperanza de vida, en comparación de los pacientes sin estas patologías. Demostrando la relación positiva entre ansiedad e HTA, pero no obtuvo resultados concluyentes sobre su hipótesis.

CONCLUSIONES

A pesar de que la mayoría de los estudios realizados hasta ahora encuentran una relación positiva entre ansiedad e HTA, aún queda mucho camino por recorrer, dado que la mayoría de los estudios de los son transversales y/o retrospectivos, lo que dificulta la inferencia causal y abren la puerta para futuros estudios más grandes y longitudinales en este sentido.
Por otro lado,se ha visto que la relación entre ansiedad e HTA, es multifactorial, interviniendo tanto factores fisiopatológicos (disfunción autonómica, disminución de la sensibilidad baro refleja, una posible relación genética...). Asimismo, la ansiedad se ha relacionado con estilos de vida menos saludables (mayor consumo de tabaco y alcohol, vida sedentaria, y peor alimentación), que también requieren de estudios futuros.
A día de hoy siguen habiendo numerosas carencias en la justificación fisiológica de la relación positiva entre la ansiedad e HTA, las respuestas neurobiólogicas ante el estrés, factores fisiopatológicos que influyen en ambas, la relación entre severidad de ansiedad y mayor repercusión cardiovascular... . Así como la existencia de factores moderadores que resultan factores de confusión en la relación entre depresión y ansiedad conjunta e HTA, siendo de vital importancia para el correcto manejo de estos pacientes.
Finalmente destacar la importancia de la prevención primaria, así como el diagnostico precoz de estas patologías, dada su implicación tanto en el aumento de enfermedades cardiovasculares, así como en la disminución de la esperanza y calidad de vida. Resaltar la importancia de que en los pacientes con ansiedad comórbida hacer un despistaje y seguimiento de HTA y otros factores de riesgo cardiovascular. Donde el papel de la enfermería juega un papel fundamental, al representar el primer nivel de contacto del paciente con el sistema sanitario.

Resumen: La HTA Constituye el principal factor de riesgo prevenible de enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y disminución de la esperanza de vida.

La ansiedad tiene una alta prevalencia en el mundo. Sexta causa de discapacidad.

Estudios longitudinales y transversales demuestran una asociación positiva entre ansiedad e hipertensión.

La HTA es multifactorial, interviniendo factores fisiopatológicos, como hábitos de vida poco saludables, (tabaco y alcohol, vida sedentaria y peor alimentación).

Hoy sigue habiendo carencias en la fisiología de esta relación, (respuestas neurobiológicas ante el estrés, factores fisiopatológicos que influyen en ambas, relación entre severidad de ansiedad y mayor repercusión cardiovascular, etc.)

Palabras Clave: Hipertensión, Ansiedad y Comorbilidad.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El propósito de este estudio es demostrar si en los pacientes con HTA prevalente y ansiedad, el control de la ansiedad puede influir en la disminución de las cifras de tensión arterial.

Estudios longitudinales y transversales demuestran predominantemente una asociación positiva entre la ansiedad y la hipertensión prevalente o incidente. Incluso se ha relacionado la severidad de la ansiedad con la mayor incidencia de HTA, el aumento de riesgo cardiovascular y de otras patologías. (1) Dada la repercusión que tiene la ansiedad tanto con HTA, enfermedades cardiovasculares y la disminución de la calidad y de la esperanza de vida y el creciente número de estudios que abalan una relación positiva entre ansiedad e HTA.

El papel de la Atención Primaria y en especial, la enfermería, toman una especial relevancia, tanto en la prevención como en el diagnóstico precoz de estas patologías, ya que constituyen el primer nivel de contacto de la población con el sistema sanitario. Además, resaltar la importancia de un enfoque integral y multidisciplinar de estos pacientes, y que en los pacientes con ansiedad se haga despistaje y seguimiento de la TA y de otros factores de riesgo cardiovascular, que mejoren los resultados de calidad y esperanza de vida de estos pacientes.

Objetivos:

Con la elección de mi pregunta PICO lo que pretendo es demostrar, tras hacer una revisión de los artículos, si el control de la ansiedad, puede mejorar las cifras de tensión arterial en pacientes con HTA prevalente.

Metodología:

El número de artículos obtenidos es de 38 y tras hacer una lectura crítica de ellos he decidido seleccionar tres de ellos.

ARTICULO 1

ANSIEDAD E HIPERTENSIÓN: ¿EXISTE UN VÍNCULO? UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA DE LA RELACIÓN DE COMORBILIDAD ENTRE LA ANSIEDAD Y LA HIPERTENSIÓN.

M. Johnson realizó una revisión de la literatura existente de estudios transversales y/o retrospectivos, sobre la relación entre los trastornos de ansiedad y la hipertensión arterial (HTA), tanto prevalente como incidente (futura). El tipo de estudios transversales y/o retrospectivos, impidieron, sin embargo, hacer una inferencia causal de esta relación positiva.

ARTICULO 2

COMORBILIDAD DE LA DEPRESIÓN Y LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN.

Se realizó un estudio transversal (2009 y 2013), cogiendo una muestra de más de dos millones de pacientes en Estocolmo (Suecia), intentando demostrar la relación de comorbilidad existente entre pacientes con HTA y enfermedad psiquiátrica. Introduciendo una variable nueva hasta entonces, al sugerir una posible influencia de factores genéticos, dada la posible relación positiva entre el trastorno bipolar y la hipertensión, donde la disfunción de los canales del calcio puede influir en ambas patologías.

ARTICULO 3

DETECCIÓN Y RECONOCIMIENTO DE HIPERTENSIÓN EN PACIENTES ANSIOSOS Y DEPRIMIDOS

James et al lanzaron la hipótesis de si en los pacientes con ansiedad y depresión puede haber un retraso en el diagnóstico y tratamiento de HTA prevalente, que pueda justificar tanto el aumento de riesgo cardiovascular, como la disminución de la esperanza de vida, en comparación de los pacientes sin estas patologías. Demostrando la relación positiva entre ansiedad e HTA, pero no obtuvo resultados concluyentes sobre su hipótesis

Resultados y conclusiones:

A pesar de que la mayoría de los estudios realizados hasta ahora encuentran una relación positiva entre ansiedad e HTA, aún queda camino

por recorrer, si bien es cierto que la mayoría de los estudios son transversales y/o retrospectivos, que dificultan la inferencia causal, abren la puerta para futuros estudios longitudinales en este sentido. Por otro lado, se ha visto que la relación entre ansiedad e HTA es multifactorial, interviniendo tanto factores fisiopatológicos (disfunción autonómica, disminución de la sensibilidad baro refleja, así como una posible relación genética…), así como la ansiedad se ha relacionado con hábitos de vida poco saludables, (mayor consumo de tabaco y alcohol, vida sedentaria y peor alimentación), que también requieren de estudios futuros.

A día de hoy sigue habiendo numerosas carencias en la justificación de la relación positiva entre la ansiedad e HTA, las respuestas neurobiológicas ante el estrés, factores fisiopatológicos que influyen en ambas, la relación ente severidad de ansiedad y mayor repercusión cardiovascular, etc… (2). Así como la existencia de factores moderadores que resultan factores de confusión en la relación entre depresión y ansiedad conjunta e HTA, siendo de vital importancia para el correcto manejo de estos pacientes (3).

Finalmente destacar la importancia de la prevención primaria, así como el diagnostico precoz de estas patologías, dado su implicación tanto en el aumento de las enfermedades cardiovascula-

res, así como en la disminución tanto de la calidad como de la esperanza de vida en estos pacientes. Así como en los pacientes con trastornos de ansiedad hacer un despistaje y seguimiento de HTA y otros factores de riesgo cardiovascular.

Bibliografía

1.-. Johnson HM Ansiedad e hipertensión: ¿Existe un vínculo? Una revisión de la literatura de la relación de comorbilidad entre la ansiedad y la hipertensión. CurrHypertens Rep. 2019 Jul 18:21 (9): 66 doi: 10.1007/s11906-019-0972-5.

2.- Istenes I., Körei AE, Ptz Z, Németh N, Martos T, Keresztes K, et al. La variabilidad de la frecuencia cardiaca está gravemente deteriorada entre los pacientes diabéticos tipo 2 con hipertensión. Diabetes Metab. Res Rev. 2014-30(4):305-12.

3.- Cuffee Y, Ogedegbe C, Williams NJ, Ogedegbe G, Schoenthaler A. Factores de riesgo psicosocial para la hipertensión: una actualización de la literatura. Curr Hypertens Rep. 2014-16(10):483. Doi: 10.1007/s11906014-0483-3

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 92

Endometriosis: la enfermedad silenciada

Gómez Gutiérrez, María José

Endometriosis: la enfermedad silenciada

Gómez Gutiérrez, MJ.

Introducción

La **endometriosis** es una enfermedad crónica estrógeno-dependiente hasta ahora muy invisibilizada en las pacientes que la sufren por la escasa financiación para desarrollar estudios de investigación. Se caracteriza por la presencia y crecimiento de tejido con características funcionales e histológicas similares al endometrial en cavidades diferentes a la uterina, provocando sintomatología inflamatoria en la mujer.

Objetivos

- Determinar la incidencia de la endometriosis en España.
- Identificar las localizaciones más frecuentes de focos de endometriosis y la clínica asociada a este cuadro.
- Describir el manejo de la endometriosis por parte de la matrona de Atención Primaria.

Palabras clave

Endometriosis, dismenorrea, estrogenodependiente.

Material y métodos

Se ha realizado una **revisión bibliográfica** de artículos relacionados con la endometriosis, priorizando los relacionados con la Enfermería Obstétrico-ginecológica. Se han utilizado las bases de datos: **Pubmed, The Cochrane Database y Scielo**.

- Revisiones bibliográficas del tema.
- Guías de práctica clínica sobre endometriosis.
- Artículos de la labor de la matrona en este tema.
- Artículos en castellano e inglés.
- Artículos con fecha de 2018 o posterior.

- Artículos con impacto científico reducido.
- Artículos exentos de interés enfermero.
- Artículos anteriores al año 2018.

Resultados

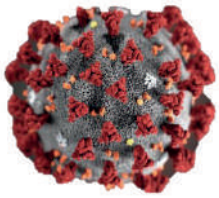
¿Qué incidencia tiene la endometriosis?

- Pese a que su incidencia exacta no está documentada, se calcula que afecta a casi **1 de cada 10 mujeres** en edad reproductiva alcanzando los cerca de 2 millones de casos en España.

- Su incidencia en mujeres diagnosticadas de **infertilidad** es de un 30-50% y, aproximadamente, un 5-21% de las mujeres ingresadas por **dolor pélvico crónico**.

¿Cuáles son las localizaciones más frecuentes de los focos de endometriosis?

La localización más habitual es el **ovario**, seguido de los fondos de saco vaginal anterior y posterior. La endometriosis profunda se observa con más frecuencia en el **tracto gastrointestinal** (recto, colon sigmoideo y apéndice), siendo poco usual su ubicación **extrapélvica** (foco parietal, diafragmático o torácico).



¿Qué signos y síntomas caracterizan la endometriosis?

La **clínica** característica de endometriosis es:

- Dolor pélvico y dispareunia
- Disuria
- Colon irritable y sensación de plenitud
- Sangrado abundante
- Infertilidad

¿Cuál es el manejo en la consulta de la matrona de Atención Primaria?

En primer lugar, debe realizarse una buena **anamnesis** con antecedentes familiares, personales y ginecológicos, edad de menarquia o menopausia, características menstruales y **deseo gestacional**. A continuación, se recomienda llevar a cabo una **exploración física general** (peso, talla, IMC, TA, estado de piel y mucosas, palpación abdominal) y **ginecológica,** así como **educación sanitaria** y recomendaciones individualizadas. Por último, **derivar a Ginecología** de cara a realizar pruebas complementarias (ecografía, resonancia magnética) y marcar la línea de tratamiento (AINEs, terapia hormonal, cirugía).

Conclusiones

- La endometriosis afecta a casi un 10% de la población femenina occidental.
- La ubicación más frecuente de focos de endometriosis es el ovario y el tracto gastrointestinal caracterizándose por dismenorrea crónica, dispareunia, clínica urológica y sintomatología digestiva.
- El manejo de la matrona en Atención Primaria debe constar de anamnesis y exploración física general y ginecológica. La derivación a Ginecología es esencial para confirmar el diagnóstico y decidir línea de tratamiento.

Bibliografía

- Carrillo P, Martínez MA, Carmona F. **Endometriosis: un largo camino.** *Rev Clin Invest Ginec y Obst.* Barcelona: 2021; 48 (4): 1-5.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. **Revisión sistemática de guías de práctica clínica: modelo de atención a las mujeres con endometriosis.** Sevilla: 2020; 1-83.
- Carrera M, Domínguez JA, Pérez F, Gris JA, Caballero M et al. **Manejo de la paciente con endometriosis durante la edad fértil. GPC basada en la evidencia**. Madrid: 2018.
- NICE: National Institute for Health and Care Excellence. **Endometriosis: diagnosis and management. Guidance.** Londres: 2018; 1-66.

Resumen: INTRODUCCIÓN: la endometriosis es una enfermedad estrógeno-dependiente caracterizada por el crecimiento endometrial fuera del útero.

OBJETIVOS: describir el manejo de la endometriosis por parte de la matrona de Atención Primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS: revisión bibliográfica.

RESULTADOS: afecta a casi 1 de cada 10 mujeres en edad reproductiva, teniendo como localización más habitual el ovario, los fondos de saco y el tracto gastrointestinal. Su manejo clínico debe basarse en una buena anamnesis, exploración física general y ginecológica, conocer deseo gestacional, educación para la salud, recomendaciones higiénico-dietéticas y derivación a Ginecología para prescripción de tratamiento (AINEs, terapia hormonal, cirugía).

CONCLUSIONES: la asistencia en Atención Primaria debe fundamentarse en la realización de una historia clínica óptima, exploración física, educación sanitaria y derivación a Atención Especializada.

Palabras Clave: Endometriosis, Dismenorrea, Estrogenodependiente

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La endometriosis es una enfermedad crónica estrógeno-dependiente hasta ahora muy invisibilizada en las pacientes que la sufren por la escasa financiación para desarrollar estudios de investigación. Se caracteriza por la presencia y crecimiento de tejido con características funcionales e histológicas similares al endometrial en cavidades diferentes a la uterina, provocando sintomatología inflamatoria en la mujer.

Objetivos:

- Determinar la incidencia de la endometriosis en España.
- Identificar las localizaciones más frecuentes de focos de endometriosis y la clínica asociada a este cuadro.
- Describir el manejo de la endometriosis por parte de la matrona de Atención Primaria.

Material y Métodos:

Se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos relacionados con la endometriosis, priorizando los relacionados con la Enfermería. Se han utilizado las bases de datos: Pubmed, The Cochrane Database y Scielo.

Criterios de inclusión:

- Revisiones bibliográficas del tema.
- Guías de práctica clínica sobre endometriosis.
- Artículos de la labor enfermera en este tema.
- Artículos en castellano e inglés.
- Artículos con fecha de 2018 o posterior.

Criterios de exclusión:

- Artículos con impacto científico reducido.
- Artículos exentos de interés enfermero.
- Artículos anteriores al año 2018.

Resultados:

¿Qué incidencia tiene la endometriosis?

- Pese a que su incidencia exacta no está documentada, se calcula que afecta a casi 1 de cada 10 mujeres en edad reproductiva alcanzando los cerca de 2 millones de casos en España.
- Su incidencia en mujeres diagnosticadas de infertilidad es de un 30-50% y, aproximadamente, un 5-21% de las mujeres ingresadas por dolor pélvico crónico.

¿Cuáles son las localizaciones más frecuentes de los focos de endometriosis?

La localización más habitual es el ovario, seguido de los fondos de saco vaginal anterior y posterior. La endometriosis profunda se observa con más frecuencia en el tracto gastrointestinal (recto, colon sigmoideo y apéndice), siendo poco usual su ubicación extrapélvica (foco parietal, diafragmático o torácico).

¿Qué signos y síntomas caracterizan la endometriosis?

La clínica característica de endometriosis es:

- Dolor pélvico premenstrual o peri menstrual
- Dispareunia
- Disuria
- Colon irritable y sensación de plenitud
- Sangrado abundante
- Infertilidad

¿Cuál es el manejo en la consulta de la matrona de Atención Primaria?

En primer lugar, debe realizarse una buena anamnesis con antecedentes familiares, personales y ginecológicos, edad de menarquia, características menstruales y deseo gestacional. Luego se recomienda realizar una exploración física general (peso, talla, índice de masa corporal (IMC), tensión arterial, estado de piel y mucosas, palpación abdominal) y ginecológica. Por último, se debe

derivar a Ginecología de cara a realizar pruebas complementarias (ecografía, resonancia magnética) y marcar la línea de tratamiento (antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), terapia hormonal, cirugía).

Conclusiones:

- La endometriosis afecta a casi un 10% de la población femenina occidental.
- La ubicación más frecuente de focos de endometriosis es el ovario y el tracto gastrointestinal caracterizándose por dismenorrea crónica, dispareunia, clínica urológica y sintomatología digestiva.
- El manejo de la matrona en Atención Primaria debe constar de anamnesis y exploración física general y ginecológica. La derivación a Ginecología es esencial para confirmar el diagnóstico y decidir línea de tratamiento.

Bibliografía

1.- Carrillo P, Martínez MA, Carmona F. Endometriosis: un largo camino. Rev Clin Invest Ginec y Obst. Barcelona: 2021; 48 (4): 1-5.

2.- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Revisión sistemática de guías de práctica clínica: modelo de atención a las mujeres con endometriosis. Sevilla: 2020; 1-83.

3.- Carrera M, Domínguez JA, Pérez F, Gris JA, Caballero M et al. Manejo de la paciente con endometriosis durante la edad fértil. GPC basada en la evidencia. Madrid: 2018.

4.- NICE: National Institute for Health and Care Excellence. Endometriosis: diagnosis and management. Guidance. Londres: 2018; 1-66

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 93

Enfermedad de Lyme ¿Qué podemos hacer desde Atención Primaria?

Vela Meco, Cristina
Polo Oliver, Ana
Velasco Gijón, Isabel María

ENFERMEDAD DE LYME ¿QUÉ PODEMOS HACER DESDE ATENCIÓN PRIMARIA?

Autores: Vela Meco. C.:Polo Oliver. A.: Velasco Giión I.

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad de Lyme es una enfermedad emergente que es contraída por la picadura de una garrapata del género Ixodes ricinus infectada por la *Borrelia burgdorferi.* La enfermedad comienza con un cuadro pseudogripal inespecífico, acompañado en ocasiones por el eritema migrans (signo patognomónico), pudiendo presentar complicaciones articulares, cardiacas y neurológicas de gravedad como la neuroborreliosis. Es una enfermedad de declaración obligatoria (Orden SSI/445/2015). Presenta una incidencia de 0.3 casos/100.000 Hab en España siendo más frecuente en los meses de mayo-octubre y en la mitad norte peninsular. El reciente informe de Registro de Actividad de Atención Especializada (RAE-CMBD) realizado entre 2005 y 2019 indica un incremento del 191% de las hospitalizaciones.

OBJETIVOS:

-Analizar la relación entre la extracción de las garrapatas y la prevención de la enfermedad de Lyme.

-Asegurar el método más correcto y seguro en la extracción de la garrapata.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizo una revisión bibliográfica en las bases de datos y buscadores científicos: Pubmed, Google Schoolar, Scielo y Cuiden.

Criterios de inclusión: Periodo 2013-2023.Artículos relacionados con métodos de extracción de la garrapata y prevención de la enfermedad. Idioma inglés y español.

Criterios de exclusión: Periodos anteriores a 2013.No cumplir criterios de inclusión o no aportar información referenciada.

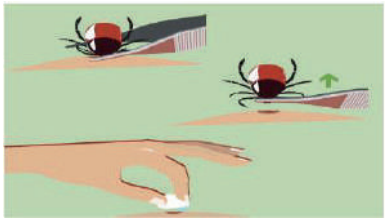
Palabras clave: Enfermedad de Lyme (Lyme disease), Prevención (Prevention), garrapata (tick), extracción (remove).

RESULTADOS:

Con la evidencia actual podemos destacar que el procedimiento de extracción más seguro y eficaz sería el siguiente:
-Lavado de manos antes y después del procedimiento.

-Si garrapata anclada a la piel: Extraer con pinzas de borde romo sujetando firmemente lo más cerca posible de la piel y tirando de ella suavemente hacia arriba. Posteriormente desinfectar con povidona yodada o clorhexidina.





-Evitar retirada con (Calor, vaselina, petróleo, anestésicos, algodón con alcohol, extracción con los dedos, corte…etc), ya que se considera mayor el riesgo y se facilita el contacto con los patógenos que pueda contener la garrapata.

-No esperar el desprendimiento fortuito, se debe retirar cuanto antes.

-No tirar la garrapata. Se podría almacenar en un bote con papel húmedo como muestra clínica para estudio en laboratorio en si aparecieran complicaciones.

-Vigilar la aparición de manifestaciones clínicas o complicaciones durante 4 semanas desde la picadura (periodo máximo de incubación 32 días).

CONCLUSIONES:

La prevención y detección temprana de la enfermedad de Lyme desde Atención Primaria se ha evidenciado como muy eficaz y dado que las picaduras de garrapata constituyen un motivo de consulta muy frecuente se hace necesario que tanto los pacientes como los profesionales sanitarios de Atención Primaria sepan actuar de forma correcta en lo referente a la prevención de las picaduras y extracción de este tipo de insectos para evitar el contagio de la enfermedad y las posibles complicaciones.

Resumen: La enfermedad de Lyme es una zoonosis causada por la Borrelia burgdorferi. Dada la gran cantidad de reservorios animales existentes en España y el aumento del número de hospitalizaciones en los últimos años, resulta necesario reforzar la prevención (ya sea con una adecuada protección frente a las picaduras de garrapatas en personas con mayor riesgo o correcta extracción de estas en los centros sanitarios) como un adecuado diagnóstico y tratamiento si se desarrolla la enfermedad ,con el fin de evitar complicaciones graves.

Palabras Clave: Lyme disease, Tick, Prevention.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La enfermedad de Lyme es una enfermedad emergente que es contraída por la picadura de una garrapata del género Ixodes ricinus infectada por la Borrelia burgdorferi. La enfermedad comienza con un cuadro pseudogripal inespecífico, acompañado en ocasio-nes por el eritema migrans (signo patognomónico), pudiendo presentar complicaciones articulares, cardiacas y neurológicas de gravedad como la neuroborreliosis. Es una en-fermedad de declaración obligatoria (Orden SSI/445/2015). Presenta una incidencia de 0.3 casos/100.000 Hab en España siendo más frecuente en los meses de mayo-octubre y en la mitad norte peninsular. El reciente informe de Registro de Actividad de Atención Especializada (RAE-CMBD) realizado entre 2005 y 2019 indica un incremento del 191% de las hospitalizaciones.

Objetivos:

- Analizar la relación entre la extracción de las garrapatas y la prevención de la enfermedad de Lyme.

- Asegurar el método más correcto y seguro en la extracción de la garrapata.

Material y Métodos:

SSe realizo una revisión bibliográfica en las bases de datos y buscadores científicos: Pubmed, Google Schoolar, Scielo y Cuiden.

Criterios de inclusión: Periodo 2013-2023.Artículos relacionados con métodos de extracción de la garrapata y prevención de la enfermedad. Idioma inglés y español.

Criterios de exclusión: Periodos anteriores a 2013.No cumplir criterios de inclusión o no aportar información referenciada.

Palabras clave: Enfermedad de Lyme (Lyme disease), Prevención (Prevention), garrapata (tick), extracción (remove).

Resultados:

Con la evidencia actual podemos destacar que el procedimiento de extracción más segu-ro y eficaz sería el siguiente:

- Lavado de manos antes y después del procedimiento.

- Si garrapata anclada a la piel: Extraer con pinzas de borde romo sujetando firmemente lo más cerca posible de la piel y tirando de ella suavemente hacia arriba. Después desin-fectar con povidona yodada o clorhexidina.

- Evitar retirada con (Calor, vaselina, petróleo, anestésicos, algodón con alcohol, extrac-ción con los dedos, corte…etc), ya que se considera mayor el riesgo y se facilita el con-tacto con los patógenos que pueda contener la garrapata.

- No esperar el desprendimiento fortuito, se debe retirar cuanto antes.

- No tirar la garrapata. Se podría almacenar en un bote con papel húmedo como muestra clínica para estudio en laboratorio en si aparecieran complicaciones.

- Vigilar la aparición de manifestaciones clínicas o complicaciones durante 4 semanas desde la picadura (periodo máximo de incubación 32 días).

Conclusiones:

La prevención y detección temprana de la enfermedad de Lyme desde Atención Primaria se ha evidenciado como muy eficaz y dado que las picaduras de garrapata constituyen un motivo de consulta muy frecuente se hace necesario que tanto los pa-cientes como los profesionales sanitarios de Atención Primaria sepan actuar de forma correcta en lo referente a la prevención de las picaduras y extracción de este tipo de in-sectos para evitar el contagio de la enfermedad y las posibles complicaciones.

Bibliografía

1.- Amores Alguacil M, Estévez Reboredo R, Martínez de Aragón M, Carmona R, Cano Portero R. Carga hospitalaria de enfermedad de Lyme en España (2005-2019). BES [Internet]. 5 de mayo de 2022 [citado 3 de junio de 2023];30(1). Disponible en: //revista.isciii.es/index.php/bes/article/view/1214

2.- Vázquez-López María Esther, Pego-Reigosa Robustiano, Díez-Morrondo Carolina, Castro-Gago Manuel, Díaz Pablo, Fernández Gonzalo et al . Epidemiología de la enfermedad de Lyme en un área sanitaria del noroeste de España. Gac Sanit [Internet]. 2015 Jun [citado 2023 Jun 1] ; 29(3): 213-216. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112015000300010&lng=es. https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.01.008.

3.- Primaria A, Jiménez MaV J, La Cruz Villamayor DJ, Bravo BA, María de la Villa Juárez Jiménez C. Tratamiento de la garrapata en. Med fam Andal. 18(1):2017.

4.- Jesús Fernández-Lerones M, De La Fuente-Rodríguez A, Mora-Sáez E, Landa-luce-Fuentes M. medicina general y de familia edición digital Clínica cotidiana Picadura de garrapata: ¿una simple retirada del artrópodo? 2016 [cited 2023 Jun 10];5(3):116–21. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.mgyf.2015.12.012.

5.- García San Miguel Rodríguez Alarcón L. GUIA DE ACTUACION ANTE PI-CADURA DE GARRAPATA Guía elaborada por:Ministerio de Sanidad . 2016 .Disponible en : Guía de actuación ante picadura de garrapata (sanidad.gob.es)

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 94

Enfermedades Raras–Citrulinemia

Chicote Izquierdo, Severo
Martín Hidalgo, Ana Isabel

ENFERMEDADES RARAS-CITRULINEMIA

Severo Chicote Izquierdo
Ana Isabel Martín Hidalgo

INTRODUCCIÓN

Según la OMS la enfermedad rara tiene una frecuencia en la población inferior a 5 casos por 10000 hab. .Se han descrito más de 7000 enfermedades raras. Suelen ser de origen genético, por lo general crónicas y degenerativas y suelen producir algún tipo de discapacidad.

La citrulinemia es un trastorno hereditario autosómico recesivo del metabolismo del ciclo de la urea y de la detoxificación de amonio, caracterizada por concentraciones séricas elevadas de citrulina y amonio. La citrulinemia con elevada concentración de amonio debe ir seguido de un tratamiento de urgencia para eliminar el exceso de amonio de la sangre que puede amenazar la vida y desarrollo neurológico posterior debido a su neurotoxicidad.

El tratamiento más eficaz para la citrulinemia es una dieta baja en proteínas y aportar mediante una fórmula especial los aaminoácidos esenciales junto con arginina.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Varón de 21 años,, ingresa en nuestro centro hace un año.

El residente presenta retraso mental profundo y retraso psicomotor severo secundario a hiperamonemia grave neonatal en el ámbito de su enfermedad.

El residente presenta deficiencia de arginosuccinico sintetasa. Una enzima que interviene en la degradación de ciertos aminoácidos y elimina el amonio del cuerpo.

Ferropenia de repetición.

Osteoporosis grave con fracturas espontáneas debido a la inmovilización, mas la obesidad y la alimentación limitada en proteínas.

Fallo hepático con dos años de edad, hecho que ocurre con frecuencia en estos pacientes sin saber el motivo.

Portador de sonda PEG . Doble incontinencia.

El residente tiene una dieta estricta, aportando mediante una fórmula especial los aminoácidos esenciales, junto con arginina

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS

DOMINIO	NANDA	NIC	NOC
2. Nutrición	00103. Deterioro de la deglución.	3200. Precauciones para evitar la aspiración. 1860. Terapia de deglución.	1935. Control del riesgo: aspiración. 1010. Estado de la deglución (Sonda PEG).
	00028. Riesgo de déficit de volumen de líquidos.	4120. Manejo de líquidos. 4130. Monitorización de líquidos. 1100. Manejo de la nutrición.	0602. Hidratación. 0601. Equilibrio hídrico. 1008. Estado nutricional: ingesta alimentaria y de líquidos.
	00234. Riesgo de sobrepeso.	1100. Manejo de la nutrición. 1260. Manejo del peso.	1007. Estado nutricional: energía.
3. Eliminación	00297. Incontinencia urinaria asociada a la discapacidad.	0590. Manejo de la eliminación urinaria.	0503. Eliminación urinaria.
	00196. Motilidad gastrointestinal disfuncional.	1750. Cuidados perineales. 0450. Manejo del estreñimiento. 0466. Administración de enemas.	1608. Control de síntomas. 0501. Eliminación intestinal. 0602. Hidratación.
	00031. Limpieza ineficaz de vías aéreas.	3160. Aspiración de vías aéreas. 3350. Monitorización respiratoria.	0403. Estado respiratorio. Ventilación. 0410. Estado respiratorio. Permeabilidad de las vías aéreas.
4. Actividad	00085. Deterioro de la movilidad física.	0840. Cambios posturales. 0224. Terapia de ejercicios. Movilidad articular.	0201. Ambular. 0206. Movimiento articular.
7. Rol	00052. Deterioro de la interacción social.	5340. Presencia. 4976. Mejorar la comunicación.	0902. Comunicación.
11. Seguridad	00047. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.	3540. Prevención upp. 0840. Cambios de posición. 0410. Cuidados de la incontinencia intestinal. 0610. Cuidados de la incontinencia urinaria. 3500. Manejo de presiones.	1101. Integridad tisular. 0602. Hidratación. 1902. Control del riesgo.
12. Confort	00132. Dolor agudo.	2210. Administración de analgésicos. 2380. Manejo de la medicación. 6650. Vigilancia. 1410. Manejo del dolor agudo.	1605. Control del dolor. 3014. Satisfacción del paciente/usuario.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La mayoría de casos de enfermedades raras, se producen en pacientes pediátricos, aunque la prevalencia es mayor en adultos por la excesiva mortalidad y la influencia de ciertas enfermedades que aparecen a edades más tardías.

Las características principales son la alta tasa de mortalidad y la baja prevalencia. Son progresivamente debilitantes.

Suelen coexistir varias discapacidades, con reducción de oportunidades educativas, profesionales y sociales. Suelen ser dependientes de sus familias o centros especiales.

Existe una investigación escasa y equipos dispersos y poco coordinados, con falta de políticas sanitarias.

Hay falta de tratamientos específicos y con frecuencia se utilizan tratamientos inadecuados o incluso nocivos que hacen perder la confianza de estos pacientes en el sistema sanitario.

Resumen: El presente trabajo trata de dar visibilidad a una de tantas enfermedades consideradas como "raras" debido a que su prevalencia es inferior a 5 casos por 10000 habitantes. En este caso hablaremos de la citrulinemia, trastorno del metabolismo del ciclo de la urea, que igual que ocurre en tantas enfermedades de este tipo, sólo sus síntomas y patologías derivadas de la enfermedad hace que se produzca un diagnóstico, casi siempre tardío, en el que los problemas derivados de la enfermedad a menudo ya son irreversibles, como ocurre en el caso clínico que aquí exponemos.

Palabras Clave: Citrulinemia, Urea, Argininosuccinato Sintasa

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Según la OMS la enfermedad rara es aquella cuya frecuencia de aparición en la población es inferior a 5 casos por 10000 habitantes. En su mayoría pueden estar originadas por un trastorno genético. Se han descrito más de 7000 enfermedades raras.

En la unión europea se estima en 29 millones de personas afectadas por enfermedades raras. La cifra en España podría ascender a 3 millones, y en Castilla la Mancha serían más de 100.000 personas.

Suelen ser crónicas y por lo general degenerativas, graves y producen algún tipo de discapacidad, pueden presentarse de manera precoz, aunque hay patologías que se manifiestan en la edad adulta. Además tardan en diagnosticarse, lo que provoca que su tratamiento se inicie de estadios avanzados.

La citrulinemia es un trastorno hereditario autosómico recesivo del metabolismo del ciclo de la urea y de la detoxificación de amonio, caracterizada por concentraciones séricas elevadas de citrulina y amonio. La citrulinemia con elevada concentración de amonio debe ir seguido de un tratamiento de urgencia para eliminar el exceso de amonio de la sangre que puede amenazar la vida y el desarrollo neurológico posterior por su neurotoxicidad. Mediante el ciclo de la urea, se sintetiza un aminoácido que forma parte de todas las proteínas, la arginina.

La citrulinemia es causada por problemas con la enzima argininosuccinato sintetasa (ASS), en las personas afectadas, no está presente o no funciona correctamente su función es ayudar a degradar ciertos aminoácidos y eliminar el amoniaco.

El bebé nace sin problemas, ya que hasta el parto la madre metaboliza las proteínas y elimina el amonio, pero cuando comienza a alimentarse, las proteínas de la leche se degradarán y liberarán todos los aminoácidos, que a su vez liberarán amonio y este comenzará a acumularse. La arginina no se formará en cantidad suficiente para poder utilizarse en la síntesis de proteínas que necesita el bebé y se intoxica con el amonio entonces presentará vómitos, hipotonía, letargia, problemas hepáticos y coma.

El tratamiento es evitar la intoxicación, eliminando el amonio acumulado evitando su acumulación, lo mejor es una dieta baja en proteinas. Hay que aportar mediante una fórmula especial los aminoácidos esenciales, junto con arginina.

Observación clínica:

Varón de 21 años que ingresa en nuestro centro hace un año.

El residente presenta retraso mental profundo y retraso psicomotor severo secundario a hiperamonemia grave neonatal en el ámbito de su enfermedad y deficiencia de arginosuccinico sintetasa y ferropenia de repetición.

Osteoporosis grave con fracturas espontáneas debido a la inmovilización, más la obesidad más la alimentación limitada en proteínas y fallo hepático con dos años de edad, hecho que ocurre con frecuencia en pacientes con citrulinemia sin saber por qué ocurre. Es portador se sonda PEG. Doble incontinencia.

En el centro tiene una dieta estricta, aportando mediante una fórmula especial los aminoácidos esenciales, junto con arginina.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

DOMINIO 2. NUTRICIÓN.

00103. Deterioro de la deglución.

NIC. 3200. Precauciones para evitar la aspiración.

1860. Terapia de deglución.

NOC. 1935. Control del riesgo: aspiración.

1010. Estado de la deglución (Sonda PEG).

00028. Riesgo de déficit de volumen de líquidos.

NIC. 4120. Manejo de líquidos.

4130. Monitorización de líquidos.

1100. Manejo de la nutrición.

NOC. 0602. Hidratación.

0601. Equilibrio hídrico.

1008. Estado nutricional: ingesta alimentaria y de líquidos.

00234. Riesgo de sobrepeso.

NIC. 1100. Manejo de la nutrición.

1260. Manejo del peso.

NOC. 1007. Estado nutricional: energía.

DOMINIO 3. ELIMINACIÓN.

00297. Incontinencia urinaria asociada a la discapacidad.

NIC. 0590. Manejo de la eliminación urinaria.

NOC. 0503. Eliminación urinaria.

00196. Motilidad gastrointestinal disfuncional.

NIC. 1750. Cuidados perineales.

0450. Manejo del estreñimiento.

0466. Administración de enemas.

NOC. 1608. Control de síntomas.

0501. Eliminación intestinal.

0602. Hidratación.

00031. Limpieza ineficaz de vías aéreas.

NIC. 3160. Aspiración de vías aéreas.

3350. Monitorización respiratoria.

NOC. 0403. Estado respiratorio. Ventilación.

0410. Estado respiratorio. Permeabilidad de las vías aéreas.

DOMINIO 4. ACTIVIDAD/ REPOSO

00085. Deterioro de la movilidad física.

NIC. 0840. Cambios posturales.

0224. Terapia de ejercicios. Movilidad articular.

NOC. 0201. Ambular.

0206. Movimiento articular.

DOMINIO 7. ROL/RELACIONES.

00052. Deterioro de la interacción social.

NIC. 5340. Presencia.

4976. Mejorar la comunicación.

NOC. 0902. Comunicación.

DOMINIO 11. SEGURIDAD/PROTECCIÓN.

00047. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

NIC. 3540. Prevención upp.

0840. Cambios de posición.

0410. Cuidados de la incontinencia intestinal.

0610. Cuidados de la incontinencia urinaria.

3500. Manejo de presiones.

NOC. 1101. Integridad tisular.

0602. Hidratación.

1902. Control del riesgo.

DOMINIO 12. CONFORT.

00132. Dolor agudo.

NIC. 2210. Administración de analgésicos.

2380. Manejo de la medicación.

6650. Vigilancia.

1410. Manejo del dolor agudo.

NOC. 1605. Control del dolor.

3014. Satisfacción del paciente/usuario.

Discusión y conclusiones:

La mayoría de los casos de enfermedades raras, se producen en pacientes pediátricos, aunque la prevalencia es mayor en adultos por la excesiva mortalidad que estas enfermedades producen y la influencia de ciertas enfermedades que aparecen a edades más tardías.

Tienen una evolución crónica severa con múltiples deficiencias, con un alto nivel de complejidad que dificultan su diagnóstico y reconocimiento. Afectan a más de un órgano vital, con un alto grado de complejidad diagnóstico, curso clínico crónico y progresivamente debilitantes.

Suelen coexistir varias discapacidades, con reducción de oportunidades educativas, profesionales y sociales. Suelen ser dependientes de sus familias o centros especiales.

Existe una investigación escasa y equipos dispersos y poco coordinados, con falta de políticas sanitarias.

Hay falta de tratamientos específicos y con frecuencia se utilizan tratamientos inadecuados o incluso nocivos que hacen perder la confianza de estos pacientes en el sistema sanitario.

Bibliografía

1.- Instituto de Salud Carlos III - ISCIII [Internet]. Isciii.es. [citado 29 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.isciii.es/Paginas/Inicio.aspx

2.- Sjdhospitalbarcelona.org. [citado 29 de abril de 2023]. Disponible en: https://metabolicas.sjdhospitalbarcelona.org/

3.- Castillalamancha.es. [citado 29 de abril de 2023]. Disponible en: http://www.sanidad.castillalamancha.es

4.- Inicio [Internet]. Enfermedades-raras.org. [citado 29 de abril de 2023]. Disponible en: http://www.enfermedades-raras.org

5.- Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificaciones. 2018-2020 por NANDA Internacional. Madrid. Elsevier. 2019.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 95

Enfermera De Anestesia, un Rol Definido, pero no aplicado

Damas Ureña, Miguel
García Serrano, Ainhoa
García Ceballos, Macarena

Damas Ureña, Miguel
García Serrano, Ainhoa
García Ceballos, Macarena



ENFERMERA DE ANESTESIA, UN ROL DEFINIDO PERO NO APLICADO

Introducción:

Para los profesionales de enfermería que habitualmente trabajamos en el entorno quirúrgico nos resulta familiar el concepto de enfermera de anestesia, pero para el resto de compañeros que no trabajan en nuestro entorno puede ser una figura desconocida. Con el fin de dar a conocer esta figura hemos decido realizar este póster. En países como EE.UU, la enfermera de anestesia tiene un papel fundamental en el acto quirúrgico y peri-operatorio. Según la I.F.N.A. (International Federation of Nurse Anesthetists) la enfermera de anestesia se define como aquella que provee o participa en la realización de técnicas avanzadas o especializadas y servicios de anestesia a pacientes que requieran de la misma, cuidados respiratorios, resucitación cardiopulmonar y/u otra emergencia y servicios de mantenimiento de vida cuando sea necesario. Asimismo, participa en la aplicación de las diferentes técnicas analgésicas, tanto para el dolor agudo, como el crónico, en el ámbito de las clínicas o unidades del dolor.

Material y Método:

Hemos utilizado la revisión bibliográfica para la realización del poster con ayuda de diferentes bases de datos como EMBASE, PyscINFO, CUIDEN, MEDES, ENFISPO. Además de la búsqueda web en la I.F.N.A. o la ASEEDAR-TD.
Los descriptores utilizados han sido: enfermera de anestesia, cuidados perioperatorios, práctica clínica, competencias enfermera de anestesia.

Objetivos:

- Dar a conocer este rol poco conocido
- Definir sus competencias
- Comprender sus funciones
- Comparar sus competencias entre diferentes países
- Demandar la especialidad en nuestro país
- Mejorar la seguridad del paciente

Resultados:

- Existen pocos documentos donde se puedan consultar las competencias de la enfermera de anestesia.
- A nivel nacional es más difícil la búsqueda de bibliografía que a nivel internacional.
- Las principales fuentes de consulta son de origen estadounidense.
- La materia de la información ha sido obtenida de la ASEEDAR-TD.
- El I.C.N. y la I.F.N.A son la principal fuerza en la demanda de la enfermera de anestesia

Conclusiones:

Aún queda un largo camino por recorrer para la enfermera de anestesia, apenas un puñado de hospitales en nuestro país utilizan este rol en su funcionamiento diario. A nivel de seguridad del paciente queda demostrado que la presencia de una enfermera que asista antes-durante-después al paciente quirúrgico mejora la seguridad, la recuperación y la independencia del mismo. Como antes mencionamos este rol es poco conocido en nuestra profesión y es necesaria su visibilidad. Tenemos que igualar las competencias de la enfermera de anestesia como otros países en los que esta figura está presente desde hace años. Si queremos seguir creciendo como profesión, y mejorando nuestras habilidades y capacidades es necesaria una formación reglada y específica para las diferentes áreas donde trabajamos, a más especialización mejores cuidados y resultados.

Fundamentalmente el ámbito de práctica de la enfermera de anestesia se erige sobre cinco pilares: su actividad en las fases operatorias; preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio; su función como controladora del dolor y su función en otros servicios.
La IFNA dice sobre la enfermera de anestesia: "Las enfermeras anestesistas colaboran en los cuidados preoperatorios, intraoperatorios y postoperatorios. Preparan y comprueban las máquinas, monitores, fármacos, materiales y equipos de anestesia para todos los procedimientos anestésicos, y administran o participan en la administración de anestesia general o regional en todas las edades y categorías de pacientes y procedimientos quirúrgicos. Están familiarizadas con una amplia variedad de técnicas de anestesia, agentes anestésicos, fármacos adyuvantes y accesorios, así como con procedimientos de control del dolor y sedación segura. Comprenden el análisis y la utilización eficaces de datos de monitorización invasivos y no invasivos. Con el fin de trabajar en estrecha colaboración con médicos anestesistas, cirujanos y otros profesionales sanitarios en el ámbito perioperatorio, las enfermeras anestesistas necesitan buenas habilidades de comunicación y cooperación. Asimismo, reconocen y actúan adecuadamente cuando se producen complicaciones y consultan inmediatamente a otras personas idóneas si la seguridad del paciente así lo requiere o si la incidencia supera su ámbito de práctica. Sirven como personas a las que recurrir en la reanimación cardiopulmonar, los cuidados respiratorios y otras necesidades de cuidados agudos."

Bibliografía:

1.- Competencias y funciones de la Enfermería de Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor [Internet] Peix Sagués MT, Pérez Castro A. Cataluña, Aseedar-td 2012 (consultado el 16/04/2023); p. 14–21. Disponible en: http://www.aseedar-td.org/competencias
2.- European School Health Education [Internet]. Consultado el 4 de mayo de 2023. Disponible en: https://www.eshe.es/curso/especialista-universitario-en-anestesiologia-quirurgicapara-enfermeria.
3.- Tenedios C, O'Leary S, Capocci M, Desai SP. History of anaesthesia: Nurse anaesthesia practice in the G7 countries (Canada, France, Germany, Italy, Japan, the United Kingdom and the United States of America). Eur J Anaesthesiol [Internet] 2018. 35(3):158-164. Consultado el 23 de abril de 2023. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29381592?repor

Resumen: Para los profesionales de enfermería que habitualmente trabajamos en el entorno quirúrgico nos resulta familiar el concepto de enfermera de anestesia, pero para el resto de los compañeros que no trabajan en nuestro entorno puede ser una figura desconocida.

Para dar a conocer esta figura decido realizar este póster. En países como EE. UU, la enfermera de anestesia tiene un papel fundamental en el acto quirúrgico y peri-operatorio. Según la I.F.N.A. (International Federation of Nurse Anesthetists) la enfermera de anestesia se define como aquella que provee o participa en la realización de técnicas avanzadas o especializadas y servicios de anestesia a pacientes que requieran de la misma, cuidados respiratorios, resucitación cardiopulmonar y/u otra emergencia y servicios de mantenimiento de vida cuando sea necesario. Asimismo, participa en la aplicación de las diferentes técnicas analgésicas, tanto para el dolor agudo, como el crónico, en el ámbito de las clínicas o unidades del dolor.

Palabras Clave: Enfermera de anestesia, Cuidados perioperatorios, Práctica clínica Competencias de enfermera de anestesia

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Aún queda un largo camino por recorrer para la enfermera de anestesia, apenas un puñado de hospitales en nuestro país utilizan este rol en su funcionamiento diario. A nivel de seguridad del paciente queda demostrado que la presencia de una enfermera que asista antes-durante-después al paciente quirúrgico mejora la seguridad, la recuperación y la independencia del mismo.

Como antes mencionamos este rol es poco conocido en nuestra profesión y es necesaria su visibilidad. Tenemos que igualar las competencias de la enfermera de anestesia como otros países en los que esta figura está presente desde hace años. Si queremos seguir creciendo como profesión, y mejorando nuestras habilidades y capacidades es necesaria una formación reglada y específica para las diferentes áreas donde trabajamos, a más especialización mejores cuidados y resultados.

Material y Método:

Hemos utilizado la revisión bibliográfica para la realización del poster con ayuda de diferentes bases de datos como EMBASE, PyscINFO, CUIDEN, MEDES, ENFISPO. Además de la búsqueda web en la I.F.N.A. o la ASEEDAR-TD.

Objetivos:

- Dar a conocer este rol poco conocido
- Definir sus competencias
- Comprender sus funciones
- Comparar sus competencias entre diferentes países

- Demandar la especialidad en nuestro país

- Mejorar la seguridad del paciente

Resultados:

- Existen pocos documentos donde se puedan consultar las competencias de la enfermera de anestesia.

- A nivel nacional es más difícil la búsqueda de bibliografía que a nivel internacional.

- Las principales fuentes de consulta son de origen estadounidense.

- La materia de la información se obtuvo de la ASEEDAR-TD.

- El I.C.N. y la I.F.N.A son la principal fuerza en la demanda de la enfermera de anestesia.

Conclusión:

Aún queda un largo camino por recorrer para la enfermera de anestesia, apenas un puñado de hospitales en nuestro país utilizan este rol en su funcionamiento diario. A nivel de seguridad del paciente queda demostrado que la presencia de una enfermera que asista antes-durante-después al paciente quirúrgico mejora la seguridad, la recuperación y la independencia del mismo. Como antes mencionamos este rol es poco conocido en nuestra profesión y es necesaria su visibilidad. Tenemos que igualar las competencias de la enfermera de anestesia como otros países en los que esta figura está presente desde hace años. Si queremos seguir creciendo como profesión, y mejorando nuestras habilidades y capacidades es necesaria una formación reglada y específica para las diferentes áreas donde trabajamos, a más especialización mejores cuidados y resultados.

Fundamentalmente el ámbito de práctica de la enfermera de anestesia se erige sobre cinco pilares: su actividad en las fases operatorias; preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio; su función como controladora del dolor y su función en otros servicios.

La IFNA dice sobre la enfermera de anestesia: “Las enfermeras anestesistas colaboran en los cuidados preoperatorios, intraoperatorios y postoperatorios. Preparan y comprueban las máquinas, monitores, fármacos, materiales y equipos de anestesia para todos los procedimientos anestésicos, y administran o participan en la administración de anestesia general o regional en todas las edades y categorías de pacientes y procedimientos quirúrgicos. Se familiarizan con técnicas de anestesia, agentes anestésicos, fármacos adyuvantes y accesorios, así como con procedimientos de control del dolor y sedación segura. Comprenden el análisis y la utilización eficaces de datos de monitorización invasivos y no invasivos. Para trabajar conjuntamente con médicos anestesistas, cirujanos y otros profesionales sanitarios en el ámbito perioperatorio, las enfermeras anestesistas necesitan habilidades de comunicación y cooperación. Asimismo, reconocen y actúan adecuadamente cuando se producen complicaciones y consultan inmediatamente a otras personas idóneas si la seguridad del paciente así lo requiere o si la incidencia supera su ámbito de práctica. Sirven como personas a las que recurrir en la reanimación cardiopulmonar, los cuidados respiratorios y otras necesidades de cuidados agudos.”

Bibliografía

1.- Competencias y funciones de la Enfermería de Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor [Internet] Peix Sagués MT, Pérez Castro A. Cataluña, Aseedar-td 2012 (consultado el 16/04/2023); p. 14–21. Disponible en: http://www.aseedar-td.org/competencias

2.- European School Health Education [Internet]. Consultado el 4 de mayo de 2023. Disponible en: https://www.eshe.es/curso/especialista-universitario-en-anestesiologia-quirurgicapara-enfermeria.

3.- Tenedios C, O'Leary S, Capocci M, Desai SP. History of anaesthesia: Nurse anaesthesia practice in the G7 countries (Canada, France, Germany, Italy, Japan, the United Kingdom and the United States of America). Eur J Anaesthesiol [Internet] 2018. 35(3):158-164. Consultado el 23 de abril de 2023. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29381592?repor

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 96

Escala DASH en la Funcionalidad del Miembro Superior

García Roncero, David
García Roncero, Ana Belén
Lucendo Ocaña, Eva
Poza Lucena, Emilia

ESCALA DASH EN LA FUNCIONALIDAD DEL MIEMBRO SUPERIOR

Poza Lucena E., Lucendo Ocaña E., Garcia Roncero D, Garcia Roncero A.

INTRODUCCIÓN

Fue creada para detectar el grado de funcionalidad para las actividades de la vida diaria en miembros superiores, o que presenten una amplia variedad de patologías en la zona. Su uso está indicado en problemas agudos y crónicos, independientemente de la etiología.

OBJETIVOS

Verificar la eficacia de la escala DASH. s

PUNTOS CLAVE O TIPS DEL ARTÍCULO

1. Alta fiabilidad test-retest (0.96 y 0.97).
2. Validez de criterio al correlacionarse con medidas de dolor y función física.
3. Estandarizada, traducible y de fácil implementación.
4. Existe una versión más rápida llamada "quickDASH" con menos ítems.
5. Excelentes características psicométricas y sensibilidad a cambios clínicos.



METODOLOGÍA

Esta investigación se ha realizado mediante la revisión bibliográfica de artículos científicos en las bases de datos: Cochrane Library, Pubmed, PEDro y Science Direct, usando las palabras clave: FISIOTERAPIA, MIEMBRO SUPERIOR, DASH, REHABILITACIÓN.

Como criterios de inclusión:

- Idioma tanto en inglés como en español.
- Acceso libre al texto completo (gratuito).
- Fecha de publicación entre el año 2012 y 2022. Se revisaron fuentes de páginas web de organismos oficiales y asociaciones de profesionales de la salud.





Disability of Arm-Shoulder-Hand

RESULTADOS

Resultados	Hallazgos
Fiabilidad test-retest	Fiabilidad: 0.96 (Beaton et al.)
	Fiabilidad: 0.97 (Rosales et al.)
Validez de criterio	Correlación con "dolor": 0.652 (Hervás)
	Correlación con "función física": -0.509 (Hervás)
Conclusiones	Escala DASH es estandarizada, traducible y confiable.

CONCLUSIONES

- La escala DASH presenta una forma estandarizada que se puede traducir a varios idiomas.

- Lo realiza el propio paciente, por lo que no existe el factor de variación del observador, reduciendo costes de ejecución.

- Se completa de una forma rapida, además se ha publicado recientemente una variante más reducida del DASH ("quickDASH"), con 19 ítems menos.

- Las características psicométricas son excelentes y ha demostrado su sensibilidad a los cambios.

Referencias bibliográficas

Resumen: La escala DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand) fue creada para detectar el grado de funcionalidad para las actividades de la vida diaria en miembros superiores, o que presenten una amplia variedad de patologías. A través de una revisión bibliográfica, se recopilaron estudios que investigaron la confiabilidad y validez de la escala.

Los resultados obtenidos demostraron que la escala DASH es una herramienta confiable y sensible para detectar cambios clínicos significativos en pacientes después de recibir tratamiento. Los estudios revisados revelaron una alta confiabilidad test-retest, indicando consistencia en las mediciones a lo largo del tiempo. Asimismo, se encontraron correlaciones significativas entre la puntuación de la escala DASH y medidas relacionadas con el dolor y la función física, respaldando su validez.

La escala DASH presenta ventajas prácticas, ya que está estandarizada y se puede utilizar en diferentes idiomas. Además, su autocompletado por parte del paciente reduce la variabilidad del observador y disminuye los costos asociados. También se menciona la existencia de una versión más breve de la escala, conocida como "quickDASH", que agiliza su administración al constar de menos ítems.

En conclusión, la escala DASH se destaca como una herramienta valiosa en la evaluación de la funcionalidad del miembro superior. Sus características psicométricas sólidas y su sensibilidad a los cambios la convierten en una opción adecuad a para la evaluación clínica y rehabilitación en diversas patologías.

Palabras Clave: Fisioterapia: Physical Therapy - Miembro superior: Upper Extremity. DASH: Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand - Rehabilitación: Rehabilitation.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Se creó para detectar el grado de funcionalidad para las actividades diarias en miembros superiores, o que presenten una gran variedad de patologías en la zona. Su uso está indicado en problemas agudos y crónicos, independientemente de la etiología. Objetivo: Verificar la eficacia de la escala DASH.

Metodología:

Esta investigación se ha realizado mediante la revisión bibliográfica de artículos científicos en las bases de datos: Cochrane Library, Pubmed, PEDro y Science Direct, usando las palabras clave: FISIOTERAPIA, MIEMBRO SUPERIOR, DASH, REHABILITACIÓN. Como criterios de inclusión:

- Idioma tanto en inglés como en español.

- Acceso libre al texto completo (gratuito).

Fecha de publicación entre 2012 y 2022. Se revisaron fuentes de páginas web de organismos oficiales y asociaciones de profesionales de la salud.

Resultados:

Beaton y cols., encontraron una fiabilidad testretest de 0,96, medida con el coeficiente de correlación de Pearson, demostraron que el cuestionario DASH es un instrumento sensible, capaz de detectar cambios clínicos importantes en el estado del paciente después de haber recibido un tratamiento.

- Rosales y cols, explica una elevada fiabilidad test-retest medida con el coeficiente de correlación de Pearson (0,97), así como una elevada consistencia interna con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,95.

- Hervás estableció la validez de criterio mediante el estudio de la correlación entre la puntuación del cuestionario DASH con la dimensión “dolor” del SF- 36 (r=0,652) y con la dimensión “función física” (r=-0,509), que fue >0,40.

Conclusión:

- La escala DASH presenta una forma estandarizada que se puede traducir a varios idiomas. - Lo realiza el propio paciente, por lo que no existe el factor de variación del observador, reduciendo costes de ejecución.

- Se completa de una forma rapida, además se ha publicado recientemente una variante más reducida del DASH (“quickDASH”), con 19 ítems menos.

- Las características psicométricas son excelentes y ha demostrado su sensibilidad a los cambios.

Bibliografía

1.- Hervás J, Collado MJN, Moreno SP, Pérez JLR, Matéu PL, Tello IM. Versión española del cuestionario DASH. Adaptación transcultural, fiabilidad, validez y sensibilidad a los cambios. Med Clínica. 2006;127(2):441-7. https://doi.org/10.1157/13093053

2.- Eggers IM, Mennen U. The EFFUL (Evaluation of Function in the Flail Upper Limb) system. A ranking score system to measure improvement achieved by surgical reconstruction and rehabilitation. J Hand Surg Edinb Scotl. 1997;22(3):388-94. URL.

3.- Hudak PL, Amadio PC, Bombardier C. Development of an upper extremity outcome measure: the DASH (disabilities of the arm, shoulder and hand) [corrected]. The Upper Extremity Collaborative Group (UECG). Am J Ind Med. 1996;29(6):602-8 https://doi.org/10.1002/(SICI)10970274(199606)29:6%3C602::AIDAJIM4%3E3.0.CO;2-L

4.- Turchin DC, Beaton DE, R

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 97

Escalas de Valoración del Dolor Neonatal

Arranz García, Andrea
Laderas Díaz, Estibaliz

ESCALAS DE VALORACIÓN DEL DOLOR NEONATAL

ANDREA ARRANZ GARCÍA, ESTÍBALIZ LADERAS DÍAZ

INTRODUCCIÓN

El dolor se define como "Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada a una lesión tisular real o potencial"

El neonato cuenta ya desde el nacimiento con los componentes anatómicos, neurofisiológicos y hormonales necesarios para la percepción del dolor.

RESPUESTAS AL DOLOR		
CONDUCTUALES	FISIOLÓGICAS INMEDIATAS	FISIOLÓGICAS PROLONGADAS
Vocalización: llanto Expresiones mímicas y faciales: • Temblor mentón • Levantamiento de cejas • Hendidura palpebral estrecha Tensión muscular Periodos cortos de sueño Comportamiento difícil de confortar	Aumento necesidades de O2 con aumento de la concentración CO2 en sangre Aumento FC e HTA Incremento del metabolismo • Hiperglucemia • Acidosis láctica Apneas	Afectación del sistema inmunitario Aumento de hormonas alteradas por el estrés (Cortisol, catecolaminas, aldosterona, endorfinas) Modificación de la organización cerebral: alteración de la percepción del dolor.

METODOLOGÍA

Búsqueda bibliográfica en bases de datos (PubMed, Cocrhane, Biblioteca Virtual de Salud, y Google académico).

Formuación **pregunta PICO**: ¿Cuáles son las escalas de valoración del dolor en el paciente neonatal?

OBJETIVO

Comparar, tras una revisión bibliográfica, las diferentes escalas de valoración del dolor neonatal.

RESULTADOS

	UNIDIMENSIONALES	MULTIDIMENSIONALES
DOLOR AGUDO	ABC Pain Scale Neonatal Pain Analyzer Douleur Aigue du Noveau-Née Échelle Douleur Inconfort Noveau-Née Behavioral Indicators of Infant Pain (BIIP)	Pain Assessment in Neonates (PAIN) Infant Body Coding System (IBCS) **Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)** Pain Assessment Scale for Preterm Infants (PASPI) Nepean Neonatal Intensive Care Unit Pain Assessment Tool (NNICUPAT)
DOLOR PROLONGADO	Children's Infant's Postoperative Pain Scale (CHIPPS) Distress Scale for Ventilated Newborn Infant (DSVNI) Nursing Assessment of Pain Intensity (NAPI) Riley Infant Pain Scale (RIPS)	**CRIES** **Neonatal Pain Agitation and Sedation Scale (N-PAS)** Multidimensional Assessment Pain Scale (MAPS) Pain Assessment Tool (PAT)
DOLOR AGUDO Y PROLONGADO	Neonatal Facial Coding System (NFCS) Faces Legs Activity Cry Consolability Pain Scale (FLACC) Visual Analog Scale (VAS)	**COMFORT / COMFORT-B** **Premature Infant Pain Profile (PIPP)** **The Neonatal Pain Assessment Scale Susan Givens.**

CONCLUSIONES

Para garantizar el control del dolor es necesario realizar una valoración sistemática del dolor, reducir los procedimientos dolorosos y aplicar medidas para la reducción del dolor.

Las escalas de valoración clínica del dolor son las herramientas más fiables.

En la literatura actual no existe un consenso claro sobre la validez de unas escalas sobre otras, aunque sí coinciden que las más útiles y completas son las escalas multidimensionales, siendo la PIPP, NIPS, N-PASS, CRIES, COMFORT y Susan-Givens, las más utilizadas.

SATSE

BILBIOGRAFÍA

Resumen: La IASP define dolor como "Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada a una lesión tisular real o potencial". El neonato tiene los componentes anatómicos, neurofisiológicos y hormonales necesarios para la percepción de estímulos dolorosos, presentando unas respuestas específicas al dolor, que pueden alterar su desarrollo cognitivo

Las escalas de valoración clínica son las herramientas disponibles para la valoración del dolor neonatal. Para garantizar un adecuado control sobre éste, es necesario realizar una valoración sistemática del dolor, siendo importante instaurar protocolos consensuados sobre qué escala es más útil para cada procedimiento.

Palabras Clave: Dolor, Recién nacido, Escalas

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define el dolor como "Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada a una lesión tisular real o potencial".

Se ha demostrado, a través del estudio de la fisiología del dolor, que el neonato cuenta ya desde el nacimiento con los componentes anatómicos, neurofisiológicos y hormonales necesarios para la percepción de estímulos dolorosos.

Múltiples estudios afirman, que las experiencias dolorosas en edad temprana de manera repetida y prolongada, pueden desencadenar respuestas exageradas a estímulos dolorosos, cambios morfológicos y funcionales cerebrales que posteriormente contribuirá a alteraciones en el desarrollo cognitivo.

Tras un estímulo doloroso, se pueden observar una serie de respuestas en el neonato:

• Conductuales

o Vocalización: llanto

o Expresiones y mímicas faciales: temblor mentón, levantamiento de cejas, hendidura palpebral estrecha

o Tensión muscular

o Periodos cortos de sueño

o Comportamiento difícil de confortar

• Fisiológicas inmediatas

o Aumento necesidades de oxígeno (O2) con aumento de la concentración de dióxido de carbono en sangre (pCO2)

o Aumento de frecuencia cardíaca (FC) e hipertensión arterial (HTA)

o Incremento del metabolismo: hiperglucemia, acidosis láctica.

o Apneas

• Fisiológicas prolongadas

o Afectación del sistema inmunitario

o Aumento de hormonas alteradas por el estrés (cortisol, catecolaminas, aldosterona, endorfinas)

o Modificación de la organización cerebral: alteración de la percepción del dolor.

Metodología:

Se trata de una búsqueda bibliográfica en bases de datos como PubMed, Cocrhane, Biblioteca Virtual de Salud (BVS) y Google académico.

Primeramente se formuló la pregunta PICO (Paciente, Intervención, Comparación, Resultados ó *Outcome*): **¿Cuáles son las escalas de valoración del dolor en el paciente neonatal?**

Después, se buscó a los DECS (Descriptores en Ciencias de la Salud) para obtener los resultados deseados: Dolor, Recién nacido, Escala.

En estas búsquedas, se aplicaron filtros disponibles en las bases de datos para limitar la búsqueda, de acuerdo a los criterios de inclusión.

Después, se aplicaron los criterios de exclusión para la selección final de los artículos.

Criterios de inclusión: Artículos que tratasen sobre:

o Dolor en neonatos

o Escalas de valoración en neonatos

o Basados en recién nacidos o ingresados en unidades de cuidados neonatales

Criterios de exclusión

o Falta de cumplimiento de los criterios de inclusión

o Duplicados en la misma búsqueda o en otras bases de datos

Resultados:

Como ya se ha visto, los recién nacidos, tanto a término como pretérmino, poseen las vías neuroanatómicas necesarias para la percepción del dolor.

Para garantizar un control adecuado del dolor, se deben establecer unas medidas generales:

o Valoración sistemática del dolor.

o Reducción o limitación de estímulos dolorosos, reduciendo el número de procedimientos.

o Prevención / reducción del dolor agudo con medidas farmacológicas y no farmacológicas.

Teniendo en cuenta que nuestros pacientes no pueden expresar verbalmente el dolor, es necesario desarrollar herramientas para objetivar la presencia o ausencia del dolor y medir su intensidad

Estas herramientas son las escalas clínicas de valoración basadas en la observación y registro de una serie de parámetros fisiológicos y conductuales.

Tras una revisión bibliográfica de la literatura actual, se han encontrado un total de 25 escalas validadas para la valoración del dolor neonatal, clasificándolas en dos grupos: unidimensionales y multidimensionales.

- Escalas unidimensionales

o Medición del dolor agudo

- ABC Pain Scale

- Neonatal Pain Analyzer

- Douleur Aigue du Noveau-Née

- Échelle Douleur Inconfort Noveau-Née

- Behavioral Indicators of Infant Pain (BIIP)

o Medición del dolor prolongado:

- Children's Infant's Postoperative Pain Scale (CHIPPS)

- Distress Scale for Ventilated Newborn Infant (DSVNI)

- Nursing Assessment of Pain Intensity (NAPI)

- Riley Infant Pain Scale (RIPS)

o Medición del dolor agudo y prolongado

- Neonatal Facial Coding System (NFCS)

- Faces Legs Activity Cry Consolability Pain Scale (FLACC)

- Visual Analog Scale (VAS)

• Escalas multidimensionales

o Medición del dolor agudo

- Pain Assessment in Neonates (PAIN)

- Infant Body Coding System (IBCS)

- Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)

- Pain Assessment Scale for Preterm Infants (PASPI)

- Nepean Neonatal Intensive Care Unit Pain Assessment Tool (NNICUPAT)

o Medición del dolor prolongado

- CRIES

- Neonatal Pain Agitation and Sedation Scale (N-PASS)

- Multidimensional Assessment Pain Scale (MAPS)

- Pain Assessment Tool (PAT)

o Medición del dolor agudo y prolongado

- COMFORT

- COMFORT behaviour Scale (COMFORT-B)

- Premature Infant Pain Profile (PIPP)

- The Neonatal Pain Assessment

- Scale Susan Givens.

No se ha encontrado ningún estudio que valide unas escalas sobre otras; aunque la mayoría de los autores priorizan la utilización de las escalas multidimensionales, ya que el dolor debe interpretarse como un fenómeno multidimensional con componentes sensoriales, fisiológicos y conductuales.

Las escalas más utilizadas son:

• Premature Infant Pain Profile (PIPP). *"Perfil del dolor en el neonato prematuro"*.

• Neonatal Infant Pain Scales (NIPS). *"Escala del dolor neonatal"*.

• Neonatal Pain Agitation and Sedation Scale (N-PASS). *"Escala de evaluación del dolor y la sedación neonatal".*

• CRIES SCORE (Crying, Requires Oxygen Saturation, Increased Vital Sings, Expression and Sleeplessness). "*Llanto, Requerimientos de oxígeno para saturación, Incremento de Signos Vitales, Expresión e Insomnio"*.

• COMFORT SCORE. *"Puntuación del confort"*.

• The Neonatal Pain Assessment Scale Susan-Givens. *"Escala de dolor neonatal de Susan-Givens"*.

Conclusiones:

Para garantizar un adecuado control del dolor es necesario realizar una valoración sistemática de éste

En la literatura actual no existe un consenso claro sobre la validez de unas escalas sobre otras, aunque sí coinciden en gran parte que las más útiles y completas son las escalas multidimensionales.

Sería importante instaurar protocolos consensuados sobre qué escala es más útil para cada procedimiento.

Bibliografía

1.- Tamez R. Control del dolor y sedación en el neonato, en Tamez R. Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal: asistencia al recién nacido de alto riesgo. 5º ed. Buenos Aires. Editorial médica Panamericana. 2016. p90-102.

2.- Espinosa Fernández MG, González Pacheco N, Sánchez Redondo MD, et al. Sedoanalgesia en las unidades neonatales. An Pediatr (Barcelona). 2020Disponible en: https://www.analesdepediatria.org/es-sedoanalgesia-unidades-neonatales-avance-S1695403320304495

3.- Melo G, Lélis A, Moura A, et Al. Pain assessment scale in newborns: integrative review. Revista Paulista de Pediatría. 2014;32(4):395-402) Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-paulista-pediatria-english-edition--409-articulo-pain-assessment-scales-in-newborns-S2359348215300762

4.- Ávila A, Carbajal R, Courtois E, et al. Valoración clínica del dolor en unidades de cuidados intensivos neonatales españolas. An pediatr (Barcelona). 2016;84(4):181–188. Disponible en: https://www.analesdepediatria.org/es-valoracion-clinica-del-dolor-unidades-articulo-S1695403315003811

5.- Sandes V. Protocolo de cuidado de Enfermería para el recién nacido con tratamiento del dolor. Notas enferm. Córdoba, 2019; 19(34):14-25. Disponible en: https://revistas.unc.edu.ar/index.php/notasenf/article/view/26319/28118.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 98

Esferodinamia durante el parto

Sierra Álvarez, Laura
Rodríguez Moreno, Carmen María

ESFERODINAMIA DURANTE EL PARTO

XIV CONGRESO INVESTIGACIÓN SATSE CIUDAD REAL
LAURA SIERRA ÁLVAREZ Y CARMEN MARÍA RODRÍGUEZ MORENO

INTRODUCCIÓN



La esferodinamia, es un ejercicio que estira y relaja los músculos pélvicos al usar una pelota suiza que proporciona una superficie suave para que las mujeres se sienten o se apoyen, mientras realizan ejercicios sencillos, que, al ser incorporada al trabajo de parto, reduce la duración de su primera fase y disminuye el dolor.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos como Pubmed, Medline, Cuiden y Cochrane. Se seleccionaron artículos comprendidos entre el año 2018-2023.

OBJETIVOS

Conocer los beneficios del uso de la esferodinamia durante el trabajo de parto según la evidencia científica disponible y darlos a conocer entre los profesionales sanitarios para que puedan utilizarlos con el fin de mejorar la asistencia hacia las gestantes.

CONCLUSIONES

La esferodinamia mejora los resultados obstétricos y es una buena medida de alivio del dolor al ser eficiente por su bajo coste y no ser un método invasivo lo que lo hace muy útil en gestantes que desean un parto fisiológico no medicalizado.

RESULTADOS

Los beneficios se relacionan con la libertad de movimiento, la posición vertical y el balanceo pélvico, lo cual mejora el nivel del flujo útero-placentario, mejora la actividad uterina y ayuda a un mejor mecanismo del parto con una reducción del dolor asociada.

Entre los beneficios podemos encontrar:

- Permite el libre movimiento y cambio de posiciones.
- Promueve la posición vertical ayudando a que las contracciones sean más efectivas.
- Provoca una relajación del suelo pélvico.
- Participación activa de la madre en el proceso del parto.
- Los movimientos pélvicos ligeros permiten la expansión de la pelvis, ayudando al descenso de la presentación fetal a través del canal de parto.
- Ayuda a controlar la ansiedad ya que se liberan β-endorfinas.
- Beneficios psicológicos en la madre.
- Reduce la fase de dilatación.
- Menor dolor percibido durante el parto.
- Es una medida de bajo coste.

SATSE

Resumen: La utilización de una pelota de pilates (esferodinamia) durante el parto tiene multitud de beneficios basados en que promueve posiciones verticales y ayuda a que se produzcan movimientos de la pelvis que juegan un papel fundamental en el desarrollo del parto y el descenso de la presentación fetal, además de disminuir el dolor y la ansiedad y con ello, mejorar la experiencia del parto. Esto hace que sea muy interesante conocer este método por parte de los profesionales de la salud.

Palabras Clave: "Esferodinamia", "Parto" y "Alivio Dolor".

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La esferodinamia, es un ejercicio que estira y relaja los músculos pélvicos al usar una pelota suiza que proporciona una superficie suave para que las mujeres se sienten o se apoyen, mientras realizan ejercicios sencillos, que, al ser incorporada al trabajo de parto, reduce la duración de su primera fase y disminuye el dolor. En este trabajo encontraremos los múltiples beneficios que ofrece este método en relación a su uso durante el parto.

Objetivos:

Conocer los beneficios del uso de la esferodinamia durante el trabajo de parto según la evidencia científica disponible y darlos a conocer entre los profesionales sanitarios para que puedan utilizarlos con el fin de mejorar la asistencia hacia las gestantes.

Material y Método:

Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos como Pubmed, Medline, Cuiden y Cochrane. Se seleccionaron artículos comprendidos entre el año 2018-2023.

Resultados:

La esferodinamia, es un ejercicio que estira y relaja los músculos pélvicos al usar una pelota suiza proporcionando una superficie suave para que las mujeres se sienten o se apoyen, mientras realizan ejercicios sencillos de movimiento pélvico.

Aunque la esferodinamia se introdujo para el tratamiento del neurodesarrollo, fue en 1980 cuando comenzó a utilizarse en obstetricia, en Alemania.

Sus beneficios se relacionan con la libertad de movimiento, la posición vertical y el balanceo pélvico lo cual mejora el nivel del flujo uteroplacentario, mejora la actividad uterina y ayuda a un mejor mecanismo del parto con una reducción del dolor asociada. (1)

Además, la utilización de una pelota favorece la libertad de movimientos y el cambio de posturas, lo cual ha demostrado que no sólo reduce el dolor si no que tiene una gran importancia en los mecanismos que tienen lugar durante el parto ya que facilita la movilidad de la pelvis y el descenso de la presentación fetal y mejora la dinámica uterina, acortando el tiempo de parto y obteniéndose mejores resultados neonatales. (2)

Los beneficios generales en cuanto a su uso durante el parto son los siguientes:

• Corrección postural.

• Relajación de la musculatura.

• Permite el libre movimiento y cambio de posiciones.

• Participación activa de la madre en el proceso del parto.

• Los movimientos pélvicos ligeros permiten la expansión de la pelvis, ayudando al descenso de la presentación fetal a través del canal de parto.

• Beneficios psicológicos en la madre.

• Disminución del dolor percibido por la gestante.

• Menor demanda de analgesia epidural.

• Puede utilizarse junto con otros métodos de alivio del dolor como aplicación de calor local en zona lumbar.

• Bajo coste, lo que lo convierte en un mecanismo de alivio del dolor muy eficiente. (2)

Estas pelotas se usan como plataforma inestable para activar los músculos que se encargan de la posición, muy importantes durante el parto y el embarazo, ya que ayudan a disminuir el dolor lumbar. Al sentarse en esta pelota se hace una fuerza gravitatoria contraria a la propia gravedad, haciendo de soporte para el suelo pélvico y permitiendo realizar multitud de movimientos pélvicos de una manera relajada, permitiendo colocar las piernas en una posición adecuada para abrir el canal del parto. (3)

En cuanto al manejo del dolor existen mecanismos fisiológicos que explican cómo la esferodinamia reduce el dolor de parto. Uno de estos es la teoría de la compuerta, que consiste en aplicar estímulos no dolorosos en las áreas de dolor, para bloquear los estímulos nociceptivos a la médula espinal. También se sugiere que estar sentada en posición vertical disminuye la presión sobre los nervios que rodean la articulación iliosacra, generando menos dolor. Además, este ejercicio promueve comodidad y relajación, permitiendo que la paciente desarrolle confianza para manejar el dolor y que perciba la experiencia del parto de forma positiva. (2)

Además, la esferodinamia estimula la producción de β-endorfina, hormona que crea un efecto de relajación, ayudando a disminuir el dolor del trabajo de parto, que, a su vez, puede inhibir la producción de adrenalina, disminuyendo así los estímulos de ansiedad transmitidos al cerebro. (2)

Por último, es importante señalar que hay multitud posturas que pueden utilizarse durante el trabajo de parto utilizando la pelota y cada una tiene unos beneficios y van a tener distintos efectos positivos, aunque debe ser la propia mujer la que elija libremente la posición que más cómoda le parezca y vaya cambiando, mientras que los profesionales debemos animarla a que se deje llevar mediante el libre movimiento.

Conclusiones:

La esferodinamia mejora los resultados obstétricos y es una buena medida de alivio del dolor al ser eficiente por su bajo coste y no ser un método invasivo lo que lo hace muy útil en gestantes que desean un parto fisiológico no medicalizado.

Bibliografía

1.- Sanabria EE, Efraín E, Órtiz MC, Chávez NE, Paggi G, Ventura FS, Geraldine Z. Terapia de balón para manejo del dolor y sus efectos en el parto. Alerta. 2022;5(1):57-63.

2.- Crespo-Antepara DN. Percepción sobre el parto en libre posición y el horizontal en mujeres que asisten al Centro de Salud de Biblián 2018. Pol. Con.2019; 4(12): 3-21.

3.- Toro S. El dolor durante el parto, su control mediante anestesia y analgesia, sus efectos adversos y otros métodos analgésicos alternativos. NPunto. 2021; 4 (40):4-19.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 99

Especialidades en Enfermería. Expectativas VS Realidad.

Amores Lizcano, Ester

"ESPECIALIDADES EN ENFERMERÍA. EXPECTATIVAS VS REALIDAD. "

AMORES LIZCANO, E. ENFERMERA ESPECIALISTA EN ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA.
ENFERMERA ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA DEL TRABAJO

INTRODUCCIÓN

- Pese a estar demostrado que la Enfermería es una profesión donde la especialización es crucial para brindar cuidados de calidad al paciente, son muchos los problemas a los que debe enfrentarse la enfermera tanto antes como durante y después de especializarse.
- A pesar de que nuestro sistema sanitario español cuente a día de hoy con 6 especialidades a las que acceder por vía EIR, no existe una adecuada accesibilidad a puestos de trabajo especializados en cada una. De esta forma, en pleno 2023, seguimos sin encontrar en una UCI neonatal enfermeros especialistas en Pediatría o enfermeros especialistas en Atención Familiar y Comunitaria en un centro de Salud.
- Muchos de los enfermeros especialistas, no llegan a acceder a puestos específicos para ellos, si no que el sistema les empuja a trabajar como enfermeros generalistas con las pérdidas en eficiencia y calidad de cuidados que esto puede suponer.

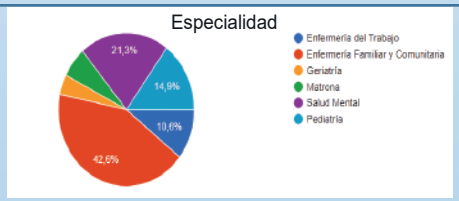
OBJETIVO

Analizar las realidades laborales a las que se enfrentar los especialistas en enfermería vía residencia demostrando la falta de reconocimiento y apoyo laboral que reciben.

MATERIAL Y MÉTODOS

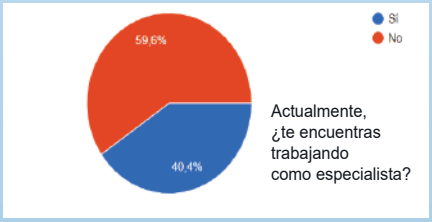
- Estudio observacional, descriptivo y de corte transversal realizado sobre 402 enfermeras especialistas vía enfermera interna residente (EIR).
- Se realizó un cuestionario voluntario, anónimo y confidencial enviado a los participantes a partir de las redes sociales (Whatsapp, Instagram, Twitter) preguntando a cerca de: género, especialidad y antigüedad de la misma, comunidad autónoma en que se realizó la formación, así como en la que se trabaja actualmente, percepciones personales acerca de la especialidad escogida, salidas laborales y remuneraciones económicas percibidas a partir de dicha especialidad.
- Se realizó análisis estadístico por medio del programa SPSS.

RESULTADOS

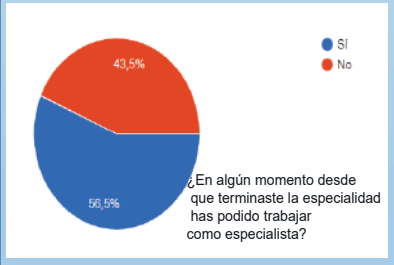


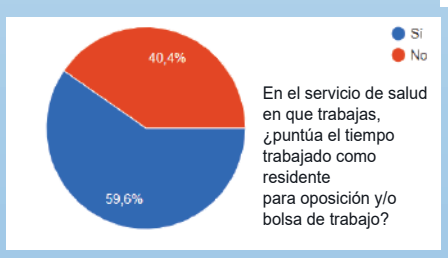


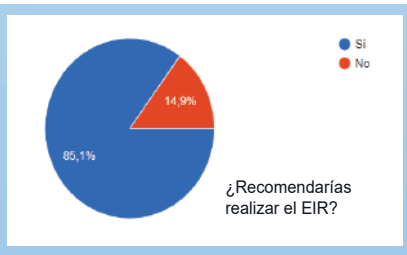
















CONCLUSIONES

- Las especialidades enfermeras suponen el mayor avance de la práctica enfermera de las últimas décadas. El incremento y profundización de las competencias de la enfermera generalista tendrá trascendencia en la calidad de los cuidados enfermeros que se otorguen a los pacientes.
- La presencia de los profesionales en formación especializada en las plantillas de enfermería no parece ningún exceso, habida cuenta de que España aparece en la cola de países en enfermeras por cada 100.000 habitantes.
- Se debe impulsar la delimitación de puestos para especialistas con bolsas de trabajo específicas.

Resumen: Este estudio pretende analizar las realidades laborales a las que se enfrentar los especialistas en enfermería vía residencia demostrando la falta de reconocimiento y apoyo laboral que reciben. Se trata de un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal realizado sobre 402 enfermeras especialistas vía enfermera interna residente (EIR). Se realizó un cuestionario voluntario, anónimo y confidencial enviado a los participantes a partir de las redes sociales.

Se percibe un gran descontento entre estos profesionales. Muchos no han podido hacer uso de su especialidad. Se debe impulsar la delimitación de puestos para especialistas con bolsas de trabajo específicas.

Palabras Clave: Especialidades de Enfermería, Enfermero interno residente
Sistema Sanitario Español

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Pese a estar demostrado que la Enfermería es una profesión donde la especialización es crucial para brindar cuidados de calidad al paciente, son muchos los problemas a los que debe enfrentarse la enfermera tanto antes como durante y después de especializarse. Existen mitos en este tema que se deben desmentir. Pese a que nuestro sistema sanitario español cuente a día de hoy con 6 especialidades a las que acceder por vía EIR, no existe una adecuada accesibilidad a puestos de trabajo especializados en cada una. De esta forma, en pleno 2023, seguimos sin encontrar en una UCI neonatal enfermeros especialistas en Pediatría o enfermeros especialistas en Atención Familiar y Comunitaria en un centro de Salud.

Muchos de los enfermeros especialistas, no llegan a acceder a puestos específicos para ellos, si no que el sistema les empuja a trabajar como enfermeros generalistas con las pérdidas en eficiencia y calidad de cuidados que esto puede suponer

Objetivos:

Analizar las realidades laborales a las que se enfrentar los especialistas en enfermería vía residencia demostrando la falta de reconocimiento y apoyo laboral que reciben.

Material y Método:

Estudio observacional, descriptivo y de corte transversal realizado sobre 402 enfermeras especialistas vía enfermera interna residente (EIR). Se realizó un cuestionario voluntario, anónimo y confidencial enviado a los participantes a partir de las redes sociales (Whatsapp, Instagram, Twitter) preguntando a cerca de: género, especialidad y antigüedad de la misma, comunidad autónoma en que se realizó la formación, así como en la que se trabaja actualmente, percepciones personales acerca de la especialidad escogida, salidas laborales y remuneraciones económicas percibidas a partir de dicha especialidad. Se realizó análisis estadísticos mediante el programa SPSS.

Resultados:

El 80.9% de los sujetos eran mujeres, siendo la especialidad más común Enfermería Familiar y Comunitaria (42.6%), seguida de Salud Mental con un 21.3%. El 89.4% aseguró haberse formado en la especialidad deseada desde el principio. La Comunidad Autónoma donde más especialistas se formaron, del total estudiado, fue Castilla La Mancha (60.6% del total) y Comunidad Valenciana (27.6%). La mayoría de los especialistas se formaron hacía menos de cinco años y siguieron trabajando para los Servicios de Salud en que se formaron, aunque un 6.4% estaba en situación de desempleo. La mitad de los encuestados (56.5 %) afirmaron haber trabajado como especialista desde la obtención del título, pero la otra mitad restante trabajaba como enfermeros generalistas, de hecho, en el estudio, el 59.6 % de los no trabajaban como especialistas. El 18.2% afirmó haberse tenido que desplazar de su comunidad de origen para poder trabajar como especialista y tan solo un 28.3% recibía remuneración económica suplementaria por contrato de especialista. De igual manera, el 40.4% aseguró no haber puntuado en bolsa durante los dos años de contrato de residente y aunque el 93% afirmó no arrepentirse de haberse especializado, un 14.9% no lo recomendaría.

Conclusiones:

Las especialidades enfermeras suponen el mayor avance de la práctica enfermera de las últimas décadas. El incremento y profundización de las competencias de la enfermera generalista tendrá trascendencia en la calidad de los cuidados enfermeros que se otorguen a los pacientes.

La presencia de los profesionales en formación especializada en las plantillas de enfermería no parece ningún exceso, habida cuenta de que España aparece en la cola de países en enfermeras por cada 100.000 habitantes. Se debe impulsar la delimitación de puestos para especialistas con bolsas de trabajo específicas. Solo así se garantiza cubrir cada puesto con un perfil idóneo: especialización es igual a calidad.

Bibliografía

1.- Rodríguez EO. Especialidades enfermeras: el día después. 2009; 7 (2): 293–307.

2.- Warren, J. I., & Harper, M. G. (2017). Transforming Roles of Nursing Professional Development Practitioners. Journal for nurses in professional development, 33(1), 2–12. https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000320.

3.- Harper, M. G., & Maloney, P. (2017). Our Role as Advocate for the Nursing Professional Development Specialty. Journal for nurses in professional development, 33(2), 99–101. https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000332.

4.- Dickerson P. S. (2021). Advocating for the Nursing Professional Development Specialty. Journal for nurses in professional development, 37(4), 226–.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 100

Evaluación de conocimientos en Diabetes a pacientes de Entorno Rural VS Urbano.

López Reyes, Miguel
Peinado Ibáñez, Carmen

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS EN DIABETES A PACIENTES DE ENTORNO RURAL VS URBANO

López Reyes, Miguel - Peinado Ibáñez, Carmen

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM 2) es una enfermedad crónica en la que las células del cuerpo no responden bien a la hormona insulina. Se trata de un síndrome metabólico, vascular y neuropático. Se trata de una enfermedad crónica en la que es fundamental una educación sanitaria para su buen control y seguimiento.

OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL

Evaluar la asociación entre los factores socio-demográficos y el nivel de conocimientos básicos en diabetes en los pacientes con DM 2.

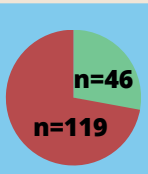
OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Valorar la asociación entre conocimientos en DM y zona geográfica.
- Comparar el nivel de estudios académicos y los conocimientos en DM.
- Evaluar la asociación entre nivel de conocimientos básicos en DM y la adherencia terapéutica.

MATERIAL Y MÉTODO

- Tipo de estudio: observacional descriptivo transversal.
- Variables de estudio: factores socio-demográficos (zona geográfica, sexo, grupo de edad y estudios académicos), nivel de conocimiento en diabetes y adherencia al tratamiento.
- Población: 9524 pacientes con DM 2 de entre 18 y 75 años, con diagnóstico > un año (9043 del área de Ciudad Real y de Porzuna 481).
- Muestra: 183 pacientes (110 personas del área de Ciudad Real y 73 del área de Porzuna.)
- Cuestionarios: Diabetes Knowledge Questionary 24 y Morisky Green.

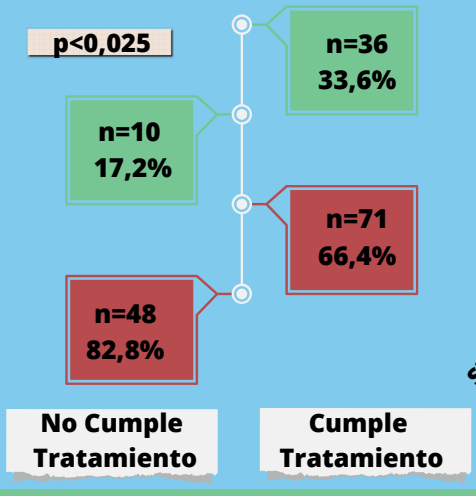
RESULTADOS

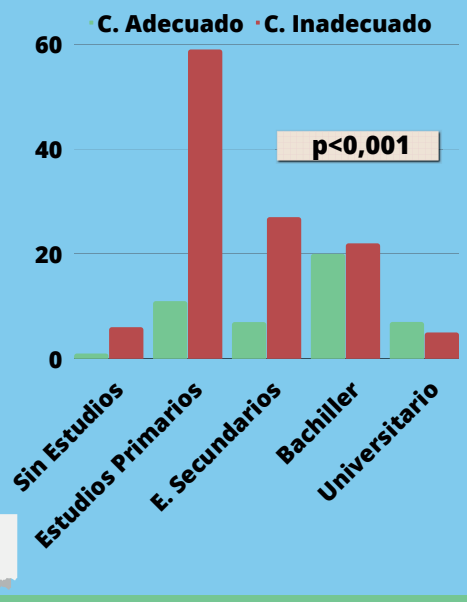


Conocimiento en DM: Adecuado vs Inadecuado



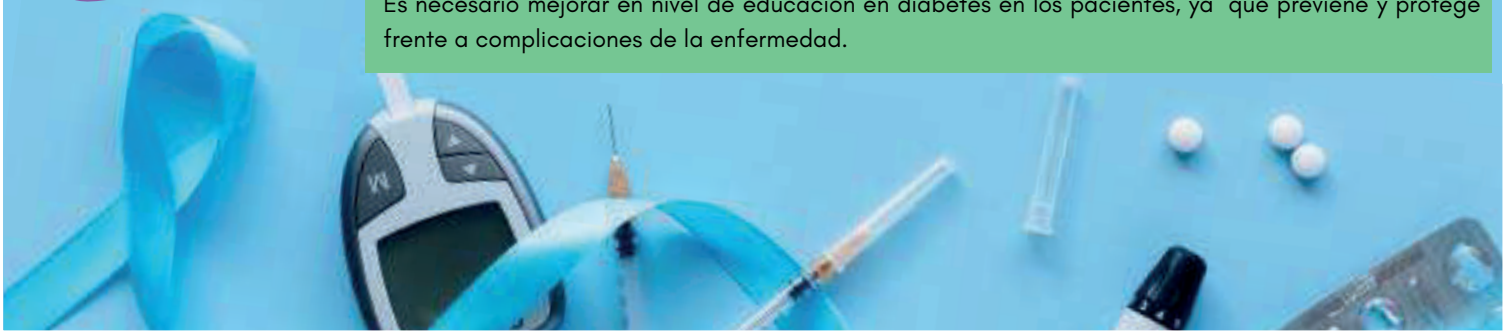
DKQ24 x Morisky Green





CONCLUSIÓN

DKQ24: la mayoría de los pacientes con diabetes no tiene conocimientos adecuados sobre su enfermedad, sin embargo, la media de respuestas correctas ha resultado ser más alta que en otros estudios similares con hasta 2 y 3 respuestas correctas.
Es necesario mejorar en nivel de educación en diabetes en los pacientes, ya que previene y protege frente a complicaciones de la enfermedad.



Resumen: Objetivo principal: Evaluar la asociación entre los factores sociodemográficos y el nivel de conocimientos básicos en diabetes en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM tipo 2).

- Diseño y método: Se trata de un estudio observacional descriptivo transversal.

Se utilizaron el cuestionario Diabetes Knowledge Questionnaire 24 (DKQ24) y Morisky Green.

- Sujetos del estudio: 183 personas con DM tipo 2, 110 personas en Ciudad Real y 73 en Porzuna.

- Resultados y conclusiones: La mayoría de pacientes con diabetes no llegan a los niveles adecuados de conocimientos en diabetes. A pesar de ello la media de respuestas correctas ha sido más elevada que en estudios similares. La adherencia terapéutica parece guardar relación al nivel de conocimientos adecuados en diabetes.

Palabras Clave: Diabetes Mellitus tipo 2, Conocimientos, Cumplimiento y adherencia al tratamiento.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La DM tipo 2 es una enfermedad crónica en la que las células del cuerpo no responden bien a la hormona insulina. Se trata de un síndrome metabólico, vascular y neuropático.

Constituye un gran problema de salud pública ya que el número de personas que padecen la enfermedad se ha ido incrementando en los últimos años afectando a más de 537 millones de personas en el mundo siendo la predicción para 2030 de 643 millones.

Se trata de una enfermedad crónica en la que es fundamental una educación sanitaria para su buen control y seguimiento.

Objetivos:

Objetivo principal.

- Evaluar la asociación entre los factores sociodemográficos y el nivel de conocimientos básicos en diabetes en los pacientes con DM tipo 2.

Objetivos secundarios.

- Valorar la asociación entre conocimientos en diabetes y zona geográfica.

- Comparar el nivel de estudios académicos y los conocimientos en DM.

- Evaluar la asociación entre nivel de conocimientos básicos en DM y la adherencia terapéutica.

Material y Método:

Esta investigación se trata de un estudio observacional transversal. El principal factor sociodemográfico a estudiar es la zona geográfica, aunque también se ha estudiado el sexo, grupo de edad y estudios académicos además de otras variables.

La población estudiada son los pacientes con DM tipo 2 de Ciudad Real capital (9043 pacientes) y área sanitaria de Porzuna (481 pacientes). El estudio ha sido realizado en un centro de salud urbano (C. Salud Ciudad Real I) y otro rural (C. Salud Porzuna).

Se han incluido a un total de 183 pacientes, escogiendo de forma aleatoria a 110 personas en Ciudad Real y otras 73 en Porzuna. Se ha seleccionado esta muestra mediante la calculadora Fisterra a través de estimación de proporciones eligiendo un 14% de pacientes con buen nivel de conocimientos en su enfermedad en el área urbano y un 10% en el área rural.

Criterios de inclusión:

- Paciente de edad comprendida entre 18 y 75 años.

- Diagnóstico establecido de DM tipo 2 por un tiempo mayor de 1 año.

- Aceptación de consentimiento.

- Paciente que este adscrito al Centro de salud I de Ciudad Real o al Centro de salud de Porzuna, incluyendo a los pacientes de los consultorios asociados como El Robledo, El Torno y Pueblo Nuevo del Bullaque.

Criterios de exclusión :

- Pacientes que no hablen castellano.

- Pacientes con enfermedad neurológica, psiquiátrica o que impida la comunicación o comprensión.

La recogida de las mediciones sobre el conocimiento en diabetes ha sido a través del cuestionario DKQ24 y la adherencia al tratamiento mediante el cuestionario Morisky Green.

El análisis de los datos ha sido realizado mediante el programa informático SPSS Statistic 21 de forma anonimizada.

Resultados y conclusiones:

De los 183 pacientes seleccionados, 18 se negaron a participar en el estudio. Fueron aplicados un total de 165 cuestionarios telefónicos válidos.

El porcentaje de varones ha sido de un 58,8% y 41,2% para las mujeres.

La media de edad es de 61,64 ± 8,75 años. Resultado simular a otros estudios en los que se comprara población urbana y rural.

El porcentaje de pacientes de Ciudad Real es del 64,2% y de un 35,8% del área de Porzuna.

La media de respuestas correctas respecto al cuestionario DKQ24 fue de 15,08 ± 3,86. La mediana fue de 15. Un 72,1% de los pacientes (n=119) no tienen conocimientos básicos en diabetes, es decir, contestaron menos de 18 preguntas correctas, en cambio un 27,9% de pacientes sí que tiene conocimientos básicos de diabetes (n=46). A pesar de ello, difiere de otras investigaciones de pacientes con mismas características en los que la media de respuestas correctas fue inferior: 12,9 ± 4,8, 13,65

± 3,28. Desde el punto de procedencia, se observa una diferencia significativa relativa a la media de respuestas correctas de los pacientes de Ciudad Real y Porzuna, siendo 15,65 ± 3,85 y 14,07 ± 3,69 respectivamente (p=0,011).

Se puede observar una mayor diferencia si objetivamos el resultado del cuestionario DKQ24 viendo como de los pacientes con conocimientos no adecuados sobre diabetes, los pacientes de Ciudad Real representan el 65,1% (69 de 106) y los de Porzuna un 84,7% (50 de 59) (p=0,007). Con estos resultados damos por verdadera la hipótesis principal del estudio ya que existe una diferencia clara tanto en media de respuestas correctas como en porcentaje de pacientes con un nivel adecuado de conocimientos. Esto se puede relacionar con el nivel de estudios de la población, ya que en el área de Ciudad Real un 39,6% no tienen estudios o son primarios respecto al área de Porzuna en el que un 59,3% de los pacientes tiene estudios primarios o no ha estudiado. (p=0,04).

El nivel de estudios guarda una relación clara respecto al nivel de conocimiento en diabetes resultado del cuestionario DKQ24. Muestra cómo la mayoría de los pacientes sin estudios o con estudios primarios son los que menor conocimiento tienen acerca de la diabetes. (p<0,0001).

Mediante el cuestionario Morisky Green, un 64,8% de los encuestados se declara como cumplidor y un 35,2% como no cumplidor. Los resultados son similares si los comparamos por zona geográfica (p=0,351) siendo el porcentaje de cumplidores de un 62,3% en Ciudad Real y un 69,5% en Porzuna.

Finalmente, al comparar los resultados del DKQ 24 y el Test Morisky Green, se objetiva que de los pacientes que tienen conocimientos adecuados sobre diabetes, un 78,3% son cumplidores del tratamiento, por contraposición del de pacientes que representan a los que no tienen conocimientos adecuados en diabetes, un 40,3% no son cumplidores del tratamiento. (p=0,025).

El resultado del cuestionario DKQ24 nos arroja que la mayoría de los pacientes con diabetes no tiene conocimientos adecuados sobre su enfermedad, sin embargo, la media de respuestas correctas ha resultado ser más alta que en otros estudios similares. Es necesario mejorar en nivel de educación en diabetes en los pacientes, ya que se ha demostrado que previene y protege frente a complicaciones de la enfermedad.

Hay una relación entre los conocimientos adecuados en diabetes y la adherencia terapéutica, con lo que reforzar los conocimientos de los pacientes puede hacer que mejore su adherencia al tratamiento.

Bibliografía

1.- Bastos FS. Adesão e gestão do regime terapêutico do diabético tipo 2 : Participação das esposas no plano educacional. 2004 [citado 5 de octubre de 2022]; Disponible en: https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9654

2.- Morisky Scale [Internet]. [citado 19 de octubre de 2022]. Disponible en: http://www.moriskyscale.com/#/

3.- Asociación entre las fuentes de información y el nivel de conocimientos sobre diabetes en pacientes diabéticos tipo 2 [Internet]. [citado 14 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-pdf-S1575092216000395

4..- R BS, A BM, G LH, E SN, R PP, J IG. Conocimientos sobre diabetes mellitus en pacientes diabéticos tipo 2 tanto urbanos como rurales del occidente de México. Archivos en Medicina Familiar. 2007;9(3):147-55.

5..- IDF Diabetes Atlas | Tenth Edition [Internet]. [citado 5 de octubre de 2022]. Disponible en: https://diabetesatlas.org/

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 101

Evaluación de la Eficacia de BoNT en diferentes condiciones Médicas

Sánchez Millán, Noelia
Infante Gonzalo, Noemí
Laderas Díaz, Estíbaliz

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE BoNT EN DIFERENTES CONDICIONES MÉDICAS

SÁNCHEZ MILLÁN N, INFANTE GONZALO N, LADERAS DÍAS E

INTRODUCCIÓN

La sialorrea es una patología debida a una alteración en el procesamiento de la saliva que consiste en la incapacidad de retener la saliva dentro de la cavidad bucal y, por tanto, su progresión al tracto digestivo implicando graves consecuencias clínicas y sociales. En la actualidad, el uso del bótox o toxina botulínica para la estética facial se encuentra bien establecido, sin embargo, existe una gran evidencia sobre el uso de este tratamiento en múltiples condiciones médicas, como la sialorrea.

OBJETIVOS

Objetivo principal: evaluar la eficacia y seguridad del uso de la toxina botulínica o bótox en pacientes que presentan sialorrea.

Objetivo secundario: realizar una revisión de patologías que también utilizan la toxina botulínica entre sus formas de tratamiento.

METODOLOGIA

- ✓ Búsqueda bibliográfica en PUBMED, MEDLINE
- ✓ Estrategia de búsqueda 'toxin' and 'siallorhea'
- ✓ Criterios inclusión: artículos publicados a partir de enero de 2015
- ✓ Por título y resumen se excluyeron 5 artículos
- ✓ 9 artículos incluidos en esta revisión

RESULTADOS

La eficacia del tratamiento de BoNT (toxina botulínica) ha sido proporcionada en casi todos los estudios a través de medidas cuantitativas de la producción de saliva. En la mayoría de estos estudios, el análisis también fue realizado a través de la sensación subjetiva de la producción de saliva y consecuentemente la calidad de vida de los pacientes. Actualmente existe controversia sobre si la intensidad y la duración de la secreción de saliva después del tratamiento con BoNT serotipo B es superior con respecto al serotipo A. Las inyecciones generalmente se realizan por vía transcutánea, directamente en las glándulas parótida y submandibular. El efecto adverso más común fue la sequedad en la boca.

En la esclerosis lateral amiotrófica, los estudios demuestran la efectividad de inyección de toxina botulínica para el manejo de sialorrea, disfagia y dolor. En la parálisis cerebral, el uso de toxina botulínica tipo A ocasiona numerosos beneficios, incluyendo un mejor control en el dolor, espasmos musculares y prevención de contracturas severas. Muchos han sido los estudios que han demostrado una gran mejora terapéutica tras la inyección de BoNT-A en el tratamiento profiláctico de la migraña, dolor de cabeza diario crónico, cefalea tensional crónica o persistente y dolor de cabeza cervicogenico crónico.

También se ha visto eficaz su uso en la distonía orofacial, dolor miofascial, quiste salival, espasmo orofacial, parálisis facial, síndrome de Frey y neuralgia trigémina.

CONCLUSIONES

Ciertamente ha sido demostrado que el Botox tiene un efecto significativo en el tratamiento de diferentes condiciones médicas, además de ser un tratamiento seguro y eficaz en la sialorrea, un problema que puede generar serias consecuencias en la esfera social y psicológica del paciente.

BIBLIOGRAFIA

Resumen: El uso de la toxina botulínica está bien establecido en la cosmética. Actualmente, existe una gran evidencia de su uso en condiciones médicas. Se realizó una búsqueda bibliografía en la base de datos PUBMED sin limitaciones de idioma, incluyendo artículos publicados a partir de enero de 2015. Los resultados muestran que existe evidencia sobre el uso del Botox en pacientes que presentan Parkinson, accidente cerebrovascular y lesión cerebral traumática. La sialorrea la evidencia demuestra que la toxina botulínica mejora eficazmente esta, así como la calidad de vida de sus pacientes.

Palabras Clave: Toxina Botulínica, Botox, Sialorrea, Enfermedades

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La sialorrea es una patología que consiste en la incapacidad de retener la saliva dentro de la boca y, por tanto, su progresión al tracto digestivo. Esta patología no se debe a una alta producción de saliva, sino a una alteración en su procesamiento. Se considera normal en niños y niñas menores de 2 años, pero cuando está presente a partir de los 4 años se considera patológica y usualmente, persiste en niños que presentan afectaciones neurológicas como la parálisis cerebral. La sialorrea implica consecuencias clínicas y sociales como puede ser disfagia, alteraciones respiratorias y del desarrollo socioemocional, sobrecarga emocional y laboral para las familias y falta de compresión por parte de la sociedad.

Actualmente, se han descrito diferentes formas de tratar la sialorrea para reducir el impacto social y clínico y mejorar la calidad de vida de estos pacientes. (2) Estas técnicas son: **logopedia específica, fármacos anticolinérgicos, inyección de toxina botulínica tipo A, intervención quirúrgica.**

Objetivos:

El objetivo principal de este trabajo es revisar la eficacia y seguridad del uso de la toxina botulínica o bótox en pacientes con sialorrea.

Objetivos secundarios de este trabajo es hacer una revisión de patologías que también utilizan la toxina botulínica entre sus formas de tratamiento.

Material y Método:

Se realiza una búsqueda bibliográfica en PUBMED, MEDLINE con la estrategia de búsqueda 'toxin' and 'siallorhea' en la cual obtuve un total de 351 artículos. No se limita por el idioma, pero si por fecha, incluyendo aquellos artículos publicados a partir de enero de 2015.

Resultados y conclusiones:

BoNT (toxina botulínica) representa una forma de tratamiento alternativa para las glándulas salivares en comparación con los conocidos tratamientos farmacológicos sistémicos, cirugía y radiación. BoNT bloquea presinápticamente lanzamiento de la acetilcolina en los ganglios parasimpáticos y

simpáticos colinérgicos. Este efecto dura de 3 a 4 meses y se reconstituye por medio de la reinervación posterior a la degeneración del axón terminal. Todas las toxinas se han reproducido en estudios de casos y en estudios controlados, algunos controlados con placebos. La evidencia de su eficacia se ha proporcionado en casi todos los estudios mediante medidas cuantitativas de la producción de saliva, por lo que se determinó el peso exacto de saliva en almohadillas de algodón usadas en odontología, que llevan hasta la saliva recién secretada en un límite de tiempo establecido. En la mayoría de estos estudios, el análisis se realizó mediante la sensación subjetiva de la producción de saliva y la calidad de vida de los pacientes, corroborada por las observaciones de sus familiares o cuidadores.

Las inyecciones generalmente se realizan por vía transcutánea, directamente en las glandular salivares: las glándulas parótida y submandibular. Cuando se trata de la glándula submandibular, es recomendable realizar un control de la inyección a través de un ecógrafo.

En julio de 2018, incobotulinumtoxin A fue aprobada para el tratamiento de la sialorrea crónica en adultos sin restricciones, independientemente de la enfermedad subyacente.

Se realizó un estudio aleatorio doble ciego en pacientes que tenían la enfermedad de Parkinson, síndromes de Parkinson atípicos, accidente cerebrovascular y lesión cerebral traumática. En cada caso, el 60% de la dosis de incobotulinumtoxinA fue inyectado en las glándulas parótidas y el 40% en las glándulas submandibulares. En la semana 12 del estudio, se encontró una mejora significativa en todos los parámetros. Durante la fase de extensión de 48 semanas del estudio, la cual incluyo 3 inyecciones adicionales, se observó una eficacia persistente, y la tolerabilidad y la adherencia a la terapia se mantuvo en el mismo alto nivel. Los efectos adversos más comunes relacionados con este periodo de extensión fueron sequedad en la boca y disfagia. Por lo tanto, se consideró que la BoNT representa un tratamiento útil y confiable para la sialorrea. En agosto de 2019, la Food and Drugs Administration aprobó la rimabotulinumtoxinB para la sialorrea crónica en adultos, cuyas dosis recomendadas son de 500-1500 unidades en cada glándula parótida y 250 unidades en cada glándula submandibular, lo que supone una dosis total de 1500 a 3500 unidades. La disfagia y sequedad en la boca son los efectos adversos más frecuentes.

Otros usos de la toxina botulínica tipo A son en la paraparesia espástica. La aplicación de la toxina botulínica puede facilitar los patrones de la marcha y ayudar a estos pacientes en la higiene, cambios de posición y otras tareas.

En la esclerosis lateral amiotrófica, innumerables estudios demuestran la efectividad de inyección de toxina botulínica para el manejo de sialorrea, disfagia y dolor. La terapia también se puede usar con precaución en aquellos casos donde se acentúa la espasticidad.

En la parálisis cerebral, el uso de toxina botulínica tipo A ocasiona numerosos beneficios, incluyendo un mejor control en el dolor, espasmos musculares y prevención de contracturas severas.

En el caso de la distonía cerebral, se han hecho ensayos clínicos desde 1980 y casi siempre se proporcionó evidencia importante para mejorar los síntomas de la enfermedad tras usar toxina botulínica a largo plazo, siendo un método terapéutico completamente seguro.

El interés en la investigación sobre BoNT y sus usos clínicos ha aumentado exponencialmente, este aumento también incluye interés en el área orofacial, donde la BoNT es ampliamente utilizada para el tratamiento de varias enfermedades derivadas de la hiperfunción muscular y disfunción autonómica. En el caso de bruxismo, BoNT es una opción terapéutica eficiente basada en la reducción de la actividad de los músculos involucrados en esta patología como son el masetero, pterigoideo temporal y lateral. Las propiedades analgésicas de BoNT también son importantes para el dolor asociado. También se ha visto eficaz su uso en la distonía orofacial, dolor miofascial, quiste salival, espasmo orofacial, parálisis facial, síndrome de Frey y neuralgia trigémina.

Conclusiones:

Se ha demostrado que el Botox tiene un efecto significativo en el tratamiento de condiciones médicas, especialmente en neurología, clínica orofacial, otorrinolaringología y afectaciones musculares del cuello y de la cabeza. La sialorrea es un problema clínicamente relevante, en el cual las opciones de tratamiento actuales solo tienen un éxito limitado. Con la aprobación de incobotulinumtoxin A en adultos, se convierte en el tratamiento de elección una vez que se hayan agotado las medidas conservadoras, ya que, es convierten un tratamiento seguro y eficaz.

Bibliografía

1.- Dias BLS, Fernandes AR, Maia Filho H de S. Sialorrhea in children with cerebral palsy. J Pediatr (Rio J). diciembre de 2016;92(6):549-58.

2.- Qué es la sialorrea y cuál es su tratamiento [Internet]. Neural. 2018 [citado 4 de marzo de 2020]. Disponible en: https://neural.es/5266-2/

3.- Awan KH. The therapeutic usage of botulinum toxin (Botox) in non-cosmetic head and neck conditions - An evidence based review. Saudi Pharm J. enero de 2017;25(1):18-24.

4.- Jost WH, Bäumer T, Laskawi R, Slawek J, Spittau B, Steffen A, et al. Therapy of Sialorrhea with Botulinum Neurotoxin. Neurol Ther. diciembre de 2019;8(2):273-88.

5.- Orsini M, Leite MAA, Chung TM, Bocca W, de Souza JA, de Souza OG, et al. Botulinum Neurotoxin Type A in Neurology: Update. Neurol Int. 24 de septiembre de 2015;7(2):5886.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 102

Fisioterapia en el Síndrome de Colon Irritable

Román Nieto, Natalia

FISIOTERAPIA EN EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE

NATALIA ROMÁN NIETO

Introducción

El Síndrome de Colon Irritable es una de las patologías más frecuentes en consulta. En España la prevalencia supone el 7,8%, de predominio femenino y asociado a otros cuadros de dolor, enfermedades digestivas o trastornos de depresión y ansiedad.[2] Dentro de la sintomatología encontramos:[1]



Dolor abdominal crónico



Cambios en el hábito intestinal



Estreñimiento/diarrea

Objetivos

Determinar la evidencia científica existente sobre la aplicación de fisioterapia en el Síndrome de Colon Irritable y los efectos derivada de esta.

Material y métodos

Se llevó a cabo una revisión sistemática en las bases de datos PubMed, PEDro y Cochrane, seleccionando aquellos artículos publicados desde 2018 hasta la actualidad englobados bajo los filtros “systematic review” y ”clinical trial”. Todos aquellos que no abordaban el tema en cuestión o carentes de resultados fueron descartados. Tras su análisis, 4 fueron los artículos incluidos en esta revisión sistemática

Resultados

Pocos son los estudios que aborden la fisioterapia en el Síndrome de Colon Irritable. Los existentes analizan los efectos del ejercicio terapéutico en estos pacientes. Nunan D, et al.[1]observaron mejoría de la sintomatología, sobre todo en aquellos pacientes con predominio de estreñimiento tras la aplicación de ejercicio físico. La aplicación de ejercicio aeróbico fue estudiada por varios autores. Hajizadeh Maleki B, et al.[3]obtuvieron una disminución de las citoquinas y actividad enzimática. Además, se observaron mejoras en el dolor, calidad de vida y sintomatologías experimentadas por estos pacientes mediante un programa basado en caminar. Zhou C, et al.[4]estudiaron varias modalidades de ejercicio aeróbico, como caminar, ciclismo, natación o correr, mostrando una reducción de la ansiedad y depresión, sintomatología y función física.
Por lo tanto, el ejercicio físico muestra beneficios en diferentes aspectos de esta patología, bien será a través de entrenamiento aeróbico o mediante tratamiento individual, como sostiene Pérez-Montalbán, et al.[5]

Conclusiones

La aplicación de tratamientos fisioterápicos y concretamente de ejercicio terapéutico, muestra beneficios en la mejora de la sintomatología, consistencia de heces, calidad de vida y ansiedad/depresión derivados del Síndrome de Colon Irritable. A pesar de la variabilidad de conclusiones de los diferentes autores, todos coinciden en la fisioterapia como tratamiento coadyuvante en la mejora sintomática de la enfermedad. Sin embargo, se requieren más estudios

Bibliografía

1. Nunan D, Cai T, Gardener AD, et al. Physical activity for treatment of irritable bowel syndrome. Cochrane Database Syst Rev. 2022;6(6): CD011497
2. Vall d'Hebron. Síndrome del intestino irritable [Internet]; 2021 [actualizado 5 de enero de 2023; citado 11 de junio de 2023]. Disponible en: https://hospital.vallhebron.com/es/asistencia/enfermedades/sindrome-del-intestino-irritable
3. Hajizadeh Maleki B, Tartibian B, Mooren FC, et al. Low-to-moderate intensity aerobic exercise training modulates irritable bowel syndrome through antioxidative and inflammatory mechanisms in women: Results of a randomized controlled trial. Cytokine. 2018;102:18-25.
4. Zhou C, Zhao E, Li Y, Jia Y, Li F. Exercise therapy of patients with irritable bowel syndrome: A systematic review of randomized controlled trials. Neurogastroenterol Motil. 2019;31(2):e13461
5. Pérez-Montalbán M, Ibáñez-Vera AJ. Efectos de la fisioterapia en sujetos con síndrome de colon irritable: una revisión sistemática. Fisioterapia. 2022;44(2):102-110

Resumen: *El Síndrome de Colon Irritable es una de las patologías más frecuentes en consulta. La presencia de este cuadro clínico conlleva la aparición de dolor crónico abdominal, así como un gran impacto en la calidad de vida. Desde el punto de vista de la fisioterapia, la aplicación de determinadas técnicas y ejercicio físico mejoran la consistencia de las heces, calidad de vida, así como el dolor presente en dicha enfermedad, con importancia en el mantenimiento del tratamiento a largo plazo para el mantenimiento de las mejorías alcanzadas. Sin embargo, se requiere más investigación desde la fisioterapia en este síndrome.*

Palabras Clave: *Irritable Bowel Syndrome, Physiotherapy, Physical Therapy*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El Síndrome de Colon Irritable es una afección crónica que cursa con dolor abdominal de carácter crónico, cambios en el hábito intestinal y estreñimiento y/o diarrea.[1] La prevalencia en España se encuentra en el 7.8%, predominantemente en la mujer, y asociados a otros cuadros de dolor, enfermedades digestivas o bien trastornos de depresión y ansiedad.[2] Todo ello asociado a grandes costes hospitalarios.[1]

La aplicación de diversas técnicas de fisioterapia, entre las que destaca el ejercicio físico terapéutico, han mostrado eficacia en la mejora del estreñimiento y de la consistencia de las heces, así como una mejora en la percepción del dolor o disminución del mismo. Por ello, se podría pensar en el papel que juega la fisioterapia en el tratamiento de los síntomas como tratamiento coadyuvante y en la mejora de la calidad de vida de estos pacientes.

Objetivo:

Determinar la evidencia científica existente sobre la aplicación de fisioterapia en sujetos con Síndrome de Colon Irritable y los efectos derivados de esta.

Material y Método:

Se llevó a cabo una revisión sistemática en diferentes bases de datos, entre las cuales se encuentran PubMed, PEDro y Cochrane, seleccionando aquellos artículos publicados desde 2018 hasta la actualidad, englobados bajo los filtros “systematic review” y “clinical trial”. Se descartó a los que no trataban el tema y a los que no tenían resultados. En total, 4 fueron los artículos escogidos para esta revisión sistemática.

Resultados:

A pesar de la escasez de estudios referente al tema en cuestión, la poca variedad muestra una mejora de la sintomatología de estos pacientes. Nunan D, et al.[1] investigaron los efectos del ejercicio físico en pacientes con Síndrome de Colon Irritable, quienes observaron una mejoría de la sintomatología de dichos pacientes, no siendo así para el dolor, así como la calidad de vida percibida. Además, esta mejora fue más evidente en aquellos sujetos con predominio de estreñimiento, no para los que presentaban diarrea.

La mayor parte de los estudios analizan los efectos de entrenamiento aeróbico, ya sea caminar, natación, correr, etc. El estudio de Hajizadeh Maleki B, et al.[3] analizaron los efectos de caminar sobre dicho síndrome en mujeres, basándose en un programa de 24 semanas, con incremento de carga, así como número de días a aplicar. Los resultados obtenidos demostraron una disminución significativa de las citoquinas, así como la actividad enzimática, responsables de la regulación de los mecanismos inflamatorios. También se observaron mejoras en el dolor, calidad de vida y gravedad de la sintomatología. La aplicación de diferentes modalidades aeróbicas fue analizada por Zhou C, et al.[4] en una revisión sistemática, donde se observó una mejora de la función física en los sujetos a los que se les aplicó modalidades de ejercicio aeróbico, tales como caminar, ciclismo, natación o correr. La ansiedad y depresión, así como la sintomatología, también experimentaron cambios tanto con la aplicación de ejercicio como con tratamiento farmacológico, observándose una mayor mejoría en el control de la sintomatología con la aplicación de ejercicio físico.

Las interacciones del cerebro con el intestino favorecen la asociación de la actividad física y los síntomas, ya que el ejercicio disminuye la respuesta neuroendocrina y las alteraciones viscerales debido a su efecto sobre la plasticidad cerebral. Es por ello que con el ejercicio estos sujetos pueden experimentar mejorías, no solo en cuanto a la gravedad, sino en la consistencia de las heces, ansiedad, depresión o fatiga, bien a través de entrenamiento aeróbico o mediante entrenamiento individual, como sostiene Pérez Montalbán M, et al.[5]

Conclusiones:

La aplicación tratamientos fisioterápicos, y concretamente de ejercicio terapéutico, ha demostrado beneficios en el Síndrome de Colon Irritable en la mejora de la sintomatología, consistencia de heces, calidad de vida y en la ansiedad y depresión derivados de este. Si bien existe mucha variabilidad en cuanto a las conclusiones de los diferentes estudios y revisiones, la mayoría coinciden en la fisioterapia como tratamiento coadyuvante y de larga duración para el mantenimiento de los beneficios. Sin embargo, se requiere mayor investigación en esta área desde la fisioterapia, ya que podría disminuir los costes sanitarios derivados de la enfermedad.

Bibliografía

1.- Nunan D, Cai T, Gardener AD, et al. Physical activity for treatment of irritable bowel syndrome. Cochrane Database Syst Rev. 2022;6(6): CD011497

2.- Vall d'Hebron. Síndrome del intestino irritable [Internet]; 2021 [actualizado 5 de enero de 2023; citado 11 de junio de 2023]. Disponible en: https://hospital.vallhebron.com/es/asistencia/enfermedades/sindrome-del-intestino-irritable

3.- Hajizadeh Maleki B, Tartibian B, Mooren FC, et al. Low-to-moderate intensity aerobic exercise training modulates irritable bowel syndrome through antioxidative and inflammatory mechanisms in women: Results of a randomized controlled trial. Cytokine. 2018;102:18-25.

4.- Zhou C, Zhao E, Li Y, Jia Y, Li F. Exercise therapy of patients with irritable bowel syndrome: A systematic review of randomized controlled trials. Neurogastroenterol Motil. 2019;31(2):e13461

5.- Pérez-Montalbán M, Ibáñez-Vera AJ. Efectos de la fisioterapia en sujetos con síndrome de colon irritable: una revisión sistemática. Fisioterapia. 2022;44(2):102-110

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 103

Fisioterapia en el Síndrome de Leigh: Un caso Clínico

Sánchez Fuentes, Alicia
Risalde Santos, Blas Manuel

FISIOTERAPIA EN EL SINDROME DE LEIGH: UN CASO CLINICO

XVI CONGRESO DE INVESTIGACIÓN SATSE CIUDAD REAL

Sánchez Fuentes, Alicia; Risalde Santos,Blas M.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Leigh, o encefalomielopatía necrotizante subaguda, es un transtorno neurodegenerativo infantil caracterizado en la mayor parte de los casos por deterioro psicomotor grave junto con una sintomatología neurológica variada y la afectación neuropatológica de los ganglios basales y otras estructuras subcorticales. Su prevalencia al nacer es uno de cada 36.000 bebes. Los signos y síntomas que presenta esta afectación progresan de forma rápida y pueden empeorar tras cualquier infección viral.; pero cabe destacar que los síntomas varían mucho de persona a persona, aunque en la mayoría de los casos presentan afectaciones del sistema nervioso central y alteraciones del sistema nervioso periférico, aunque en algunos pacientes puede presentar afecciones en otros órganos.Los primeros síntomas que presenta esta enfermedad se dan en los bebes la falta de succión, falta de control cefálico y del control de los movimientos voluntarios, distonías.Estos síntomas pueden ir acompañados de vómitos, pérdida de apetito, vómitos, irritabilidad, llanto continuo, convulsiones. Conforme la enfermedad progresa los síntomas que va presentando son retraso psicomotor con debilidad de forma generalidad(miopatía), hipotonía muscular, espasticidad, trastornos del movimiento, incapacidad para coordinar el equilibrio, la marcha, ataxias cerebelosas, disfagia, pérdida de visión, nistagmo, atrofia óptica, sordera y neuropatía periférica con acidosis láctica lo cual puede conllevar a un deterioro en la función respiratoria. Su presentación es de mal pronóstico.

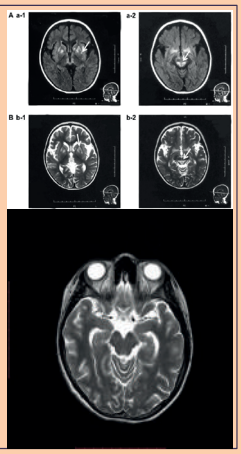
OBJETIVOS

Objetivo principal- es el de intentar paliar los efectos trágicos producida por la enfermedad. El fisioterapeuta deberá tratar de minimizar el dolor, aumentar el ROM, mejorar la musculatura debilitada, trabajar el equilibrio . La fisioterapia respiratoria junto con sus técnicas de tratamiento forman parte de un tratamiento esencial en esta enfermedad.
Objetivo secundario- orientar y enseñar algunas técnicas de tratamiento a los padres para que ellos mismos puedan realizarlas en el domicilio.



METODOLOGÍA

-Exposición de caso clínico, aplicando la evidencia científica actual basada en una revisión bibliográfica narrativa. Bases de datos empleadas: Pubmed, Medes y PEDro.
-Palabras clave utilizadas :Sindrome de Leigh, fisioterapia, eficacia.
-Lactante varón de 4 meses, hijo único de padres sanos y no consanguíneos, remitido por llanto/succión débil y escasa ganancia ponderal de 1 mes de evolución.En el examen se aprecia retraso ponderal, leve hipotonía generalizada con reflejos osteotendinosos presentes, sostén cefálico incompleto con respuesta a la tracción retrasada, fijación ocular por breves instantes pero sin seguimiento y succión/deglución lenta y débil.Dos semanas tras el ingreso y coincidiendo con infección respiratoria de vías altas presentó de forma brusca insuficiencia respiratoria aguda no obstructiva (bradipnea), que precisó intubación endotraqueal y ventilación mecánica. En las horas siguientes sufrió episodios distónicos breves que afectaban al cuello y miembros y crisis clónicas de hemicuerpo derecho. Se le realizó un TAC cerebral una RNM.
-Tras los resultados se le **diagnostica de Enfermedad de Leigh.** Remitido a su domicilio con monitor de apnea,se deterioró durante los 2 meses siguientes, con pérdida de la succión-deglución, crisis epilépticas y distónicas cada vez más numerosas e intratables y arritmias respiratorias en aumento. A los 6 meses de vida ingresó por estatus epiléptico.
Permaneció intubado durante 10 días, falleciendo por bronconeumonía y shock séptico.
-Tratamiento fisioterápico- fisioterapia respiratoria manual e instrumentada,cinesiterapia, hidroterapia, electroterapia, termoterapia, crioterapia, acupuntura, ejercicios de propiocepción y ejercicos Bobath ,entre otros, ayudarían a paliar los síntomas de la enfermedad.
-El diagnóstico se basa fundamentalmente en el cuadro clínico compatible y en los hallazgos de neuroimagen, que están siempre presentes.



RESULTADOS

El lactante presento leve mejoría tras tratar los reflejos primitivo y sobre todo el de succión,ya que se logró reiniciar alimentación oral. Tras fisioterapia respiratoria las crisis respiratorias eran menores y las obstrucciones eran poco frecuentes. La cinesiterapia junto con otras técnicas, nos ayudaban a mejorar las crisis que aparecían entre hipotonía y espasticidad.

CONCLUSIONES

1-La enfermedad de Leigh o encefalomielopatía necrotizante subaguda define a una constelación de hallazgos anatomopatológicos relativamente constantes asociados a manifestaciones clínicas variables, y, por lo que se conoce en un número significativo de casos.
2-La intervención fisioterápica resulta eficaz de forma paliativa. Va encaminada al tratamiento de los síntomas que van surgiendo en la enfermadad.
3-La cinesiterapia, hidroterapia, electroterapia, termoterapia, crioterapia, ejercicios respiratorios, ejercicios de propiocepción y ejercicios inhibidores del tono y de facilitacion y estimulacion muscular, son tratamientos fisioterápicos a utilizar para mejorar la sintomatología en el niño.
4-Se observa que la fisioterapia es eficaz para la disminución del dolor y mejora del ROM (rango de movilidad articular).
5- Es de gran importancia la prolongación del tratamiento fisioterápico en el ámbito domiciliario.
6-El aspecto psicosocial debería de tenerse en cuenta a la hora de realizar los tratamientos, dando importancia a la psicología de los padres.

BIBLIOFRAFÍA

1-Acardi J. Diseases of the nervous system in childhood. London: MacKeith Press 1992;457-460.
2-Santorelli FM, Shaanske S, Macaya A, De Vivo DC, Di Mauro S. “Themutation at nt 8993 of mitochondrial DNA is a common cause of Leigh’s syndrome”. Ann Neurol 1993;34:827-834.
3-Macaya A, Munell F, Burke RE, De Vivo DC. “Disorders of movement in Leigh’s sydrome”. Neuropediatrics 1993;24:60-67.
4-Mancilla E, Sánchez I, Beltramino D, García A. Meneghello Pediatría. 6th ed. USA: Panamericana; 2013. 2592-2595 p.

Resumen: *El Síndrome de Leigh es una enfermedad neurodegenerativa catastrófica, multisistémica, con evidencia de importante heterogeneidad clínica y genética. La aproximación diagnóstica, como a cualquier otra enfermedad metabólica, inicia desde la semiología clínica y se apoya en los hallazgos conseguidos a través de las diferentes herramientas disponibles bioquímica, imagenología y genética. La cinesiterapia, hidroterapia, electroterapia, termoterapia, crioterapia, ejercicios respiratorios, ejercicios de propiocepción y ejercicios inhibidores del tono y de facilitan y estimulación muscular, son tratamientos fisioterápicos a utilizar para mejorar la sintomatología en el niño.*

Palabras Clave: *Leigh Syndrome, Efficiency, Physiotherapy*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La enfermedad de Leigh, o encefalomielopatía necrotizante subaguda, es un trastorno neurodegenerativo infantil caracterizado en la mayor parte de los casos por deterioro psicomotor grave junto con una sintomatología neurológica variada y la afectación neuropatológica de los ganglios basales y otras estructuras subcorticales. Su prevalencia al nacer es uno de cada 36.000 bebes. Los signos y síntomas que presenta esta afectación, progresan de forma rápida y pueden empeorar tras cualquier infección viral.; pero cabe destacar que los síntomas varían mucho de persona a persona, aunque en la mayoría de los casos presentan afectaciones del sistema nervioso central y alteraciones del sistema nervioso periférico, aunque en algunos pacientes puede presentar afecciones en otros órganos. Los primeros síntomas que presenta esta enfermedad se dan en los bebes la falta de succión, falta de control cefálico y del control de los movimientos voluntarios, distonías. Estos síntomas pueden ir acompañados de vómitos, pérdida de apetito, vómitos, irritabilidad, llanto continuo, convulsiones. Conforme la enfermedad progresa los síntomas que va presentando son retraso psicomotor con debilidad de forma generalidad(miopatía), hipotonía muscular, espasticidad, trastornos del movimiento, incapacidad para coordinar el equilibrio, la marcha, ataxias cerebelosas, disfagia, pérdida de visión, nistagmo, atrofia óptica, sordera y neuropatía periférica con acidosis láctica lo cual puede conllevar a un deterioro en la función respiratoria. Su presentación es de mal pronóstico.

Objetivo:

Objetivo principal: paliar los efectos trágicos de la enfermedad. El fisioterapeuta deberá tratar de minimizar el dolor, aumentar el ROM, mejorar la musculatura debilitada, trabajar el equilibrio. La fisioterapia respiratoria junto con sus técnicas de tratamiento forma parte de un tratamiento esencial en esta enfermedad.

Objetivo secundario: orientar y enseñar algunas técnicas de tratamiento a los padres para que ellos mismos puedan realizarlas en el domicilio.

Material y Método:

Exposición de caso clínico, aplicando la evidencia científica actual basada en una revisión bibliográfica narrativa. Bases de datos empleadas: Pubmed, Medes y PEDro.

-Palabras clave utilizadas :Sindrome de Leigh, fisioterapia, eficacia.

-Lactante varón de 4 meses, hijo único de padres sanos y no consanguíneos, remitido por llanto/succión débil y escasa ganancia ponderal de 1 mes de evolución. En el examen se aprecia retraso ponderal, leve hipotonía generalizada con reflejos osteotendinosos presentes, sostén cefálico incompleto con respuesta a la tracción retrasada, fijación ocular por breves instantes, pero sin seguimiento y succión/deglución lenta y débil. Dos semanas tras el ingreso y coincidiendo con infección respiratoria de vías altas presentó de forma brusca insuficiencia respiratoria aguda no obstructiva (bradipnea), que precisó intubación endotraqueal y ventilación mecánica. En las horas siguientes sufrió episodios distónicos breves que afectaban al cuello y miembros y crisis clónicas de hemicuerpo derecho. Se le realizó un TAC cerebral y una RNM. Tras los resultados se le diagnostica de Enfermedad de Leigh. Remitido a su domicilio con monitor de apnea, se deterioró durante los 2 meses siguientes, con pérdida de la succión-deglución, crisis epilépticas y distónicas cada vez más numerosas e intratables y arritmias respiratorias en aumento. A los 6 meses de vida ingresó por estatus epiléptico. Permaneció intubado durante 10 días, falleciendo por bronconeumonía y shock séptico. Tratamiento fisioterápico, fisioterapia respiratoria manual e instrumentada, cinesiterapia, hidroterapia, electroterapia, termoterapia, crioterapia, acupuntura, ejercicios de propiocepción y ejercicos Bobath, entre otros, ayudarían a paliar los síntomas de la enfermedad. El diagnóstico se basa en el cuadro clínico compatible y en los hallazgos de neuroimagen, que siempre están presentes.

Resultados:

El lactante presento leve mejoría tras tratar los reflejos primitivos y sobre todo el de succión, ya que se logró reiniciar alimentación oral. Tras fisioterapia respiratoria las crisis respiratorias eran menores y las obstrucciones eran poco frecuentes. La cinesiterapia junto con otras técnicas, nos ayudaban a mejorar las crisis que aparecían entre hipotonía y espasticidad.

Conclusiones:

1- La enfermedad de Leigh o encefalomielopatía necrotizante subaguda define a una constelación de hallazgos anatomopatológicos relativamente constantes asociados a manifestaciones clínicas variables, y, por lo que se conoce en un número significativo de casos.

2- La intervención fisioterápica resulta eficaz de forma paliativa. Va encaminada al tratamiento de los síntomas que van surgiendo en la enfermedad.

3- La cinesiterapia, hidroterapia, electroterapia, termoterapia, crioterapia, ejercicios respiratorios, ejercicios de propiocepción y ejercicios inhibidores del tono y de facilitación y estimulación muscular, son tratamientos fisioterápicos a utilizar para mejorar la sintomatología en el niño.

4- Se observa que la fisioterapia es eficaz para la disminución del dolor y mejora del ROM (rango de movilidad articular).

5- Es importante la prolongación del tratamiento fisioterápico en el ámbito domiciliario.

6- El aspecto psicosocial debería considerarse al realizar los tratamientos, dando importancia a la psicología de los padres.

Bibliografía

1.- Acardi J. Diseases of the nervous system in childhood. London: MacKeith Press 1992;457-460.

2.- Santorelli FM, Shaanske S, Macaya A, De Vivo DC, Di Mauro S. “Themutation at nt 8993 of mitochondrial DNA is a common cause of Leigh’s syndrome”. Ann Neurol 1993;34:827-834.

3.- Macaya A, Munell F, Burke RE, De Vivo DC. “Disorders of movement in Leigh’s sydrome”. Neuropediatrics 1993;24:60-67.

4.- Mancilla E, Sánchez I, Beltramino D, García A. Meneghello Pediatría. 6th ed. USA: Panamericana; 2013. 2592-2595 p

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 104

Frecuencia cardiaca máxima, deporte y salud en los alumnos de educación primaria de la zona de influencia

León Romero, María Jesús
Sánchez Hermoso, Lorena
Hidalgo Benítez, Beatriz
Villalobos Martin-Moreno, Ana Belen
Carrasco Murcia, María José
León Carrasco, Marina

FRECUENCIA CARDIACA MAXIMA, DEPORTE y SALUD

en los alumnos de educación primaria de la zona de influencia

Introducción

Los beneficios del deporte son innegables pero desde la fundación española del corazón recalcan la importancia de practicarlo de forma sensata. La **frecuencia cardiaca máxima** es el número máximo de latidos que puede alcanzar el corazón durante un minuto sometido a esfuerzo, solo que los expertos recomiendan no alcanzar ese límite. Con el deporte, a parte de la posibilidad de desestabilizar una enfermedad oculta, el simple hecho de llegar, mantener o sobrepasar la frecuencia cardiaca máxima hace que el flujo de bombeo del corazón no aumente pese a que la frecuencia cardiaca sí lo haga; esto hace que el esfuerzo del corazón se haga relativamente insuficiente.

Vigilar la **intensidad** a la que practicamos **deporte** es uno de los puntos clave a los que debemos prestar atención si queremos sacarle el máximo provecho para nuestra salud. La frecuencia cardiaca ha demostrado ser un buen detector de los condicionantes del ejercicio físico y nos permite controlar el entrenamiento y sus avances. Practicar ejercicio físico de forma segura, vigilando la intensidad de esa práctica, disminuye el riesgo de enfermedad cardiovascular minimizando así el riesgo de sufrir una muerte súbita cardiovascular.

Objetivo: **describir el nivel de conocimientos y mejorar la calidad de los entrenamientos de los alumnos**

Metodología

Se ha realizado un **estudio analítico longitudinal** de la **frecuencia cardiaca** en relación con la **actividad física** a lo largo del curso escolar entre los alumnos de 4º a 6º de primaria (10 -12 años). Se han recogido los datos en la totalidad de los alumnos: 166.

Las acciones se han llevado a cabo en 3 fases:

Fase 1: Recogida de datos. Descripción de la situación inicial. Al principio de curso. Entre Septiembre y Octubre

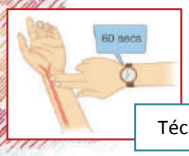
- Encuesta de conocimientos previos sobre anatomía básica del corazón.
- Encuesta de conocimientos previos sobre fisiología básica del corazón, frecuencia cardiaca y recuperación cardiaca.
- Practica para la toma de la frecuencia cardiaca o pulso.
- Situación inicial que presentaban los entrenamientos de nuestros alumnos. Medición.

Fase 2: Formación. Talleres formativos. Entre los meses de Noviembre y Abril.

- Taller 1: Qué es y cómo funciona el corazón.
- Taller 2: Frecuencia cardiaca. Pinceladas teóricas y entrenamiento para registrarla.
- Taller 3: Ejercicio físico. Beneficios y contraindicaciones.
- Taller 4: Relación entre ejercicio físico y frecuencia cardiaca. Recuperación cardiaca.
- Taller 5: Percepción subjetiva del esfuerzo. Escala OMNI y relación con la frecuencia cardiaca. Entrenamiento.
- Taller 6: Serie de entrenamientos con mediciones de frecuencia cardiaca y escala OMNI.

Fase 3: Recogida de datos. Descripción de la situación final. Al final de curso. En el mes de Mayo.

- Encuesta de conocimientos sobre anatomía y fisiología básica del corazón.
- Situación final que presentaban los entrenamientos de los alumnos. Medición.



Técnica

Escala OMNI

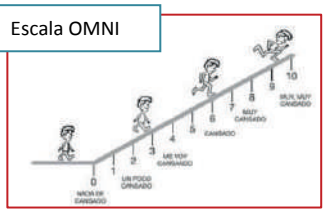


Tabla simplificada de recogida de datos

FC	1º trimestre		2º trimestre		3º trimestre	
	FC	OMNI	FC	OMNI	FC	OMNI
Antes del ejercicio						
Al terminar el ejercicio						
Al minuto						
A los 2 minutos						
A los 5 minutos						

Tabla de Resultados

En número de alumnos

	En Noviembre	En Mayo
Tienen conocimientos básicos de anatomía cardiaca	133	145
Tienen conocimientos básicos de fisiología cardiaca	98	109
Saben que es y la utilidad de la frecuencia cardiaca	56	107
Saben medir la frecuencia cardiaca	27	147
Saben que es y la utilidad de la recuperación cardiaca	9	52
Tienen entrenamientos por encima de la frecuencia cardiaca máxima	128	72
Tienen recuperación cardiaca normal	165	165
Relacionan la escala OMNI con su frecuencia cardiaca	0	32



Conclusiones

- Los alumnos de entre 10-12 años, en general (80%) tienen conocimientos sobre características del corazón, es cierto que las características fisiológicas son conocidas en menor medida que las anatómicas. Los resultados después de los talleres, mejoraron pero no significativamente.
- El 34% de los alumnos podían describir, con más o menos precisión qué es la frecuencia cardiaca, pero solo el 16% sabían medirla al empezar el estudio. Tras el entrenamiento en esta medición, los resultados mejoraron significativamente. Al finalizar el **88% de los alumnos median su frecuencia cardiaca** con gran precisión.
- El desconocimiento sobre qué es y para qué sirve la recuperación cardiaca era generalizado al inicio del estudio. Es cierto que tras los talleres el dato mejoró sustancialmente (31%), pero sigue siendo escaso.
- El 77% de los alumnos iban por encima de su frecuencia cardiaca máxima durante los entrenamientos, al inicio del estudio, aumentando con ello el riesgo de desarrollar enfermedades cardiacas. Tras los talleres, el interés de los alumnos por este tema aumento sustancialmente y se preocuparon realizar entrenamientos en rango. Al finalizar el estudio, **el 56% de los alumnos conseguían completar la clase de educación física sin sobrepasar su frecuencia cardiaca máxima.**
- Todos los alumnos excepto uno tenían una **recuperación cardiaca normal**. El alumno que tenía un tiempo elevado de recuperación cardiaca, fue derivado a su pediatra para estudio especializado.
- Al inicio del estudio, ninguno de los alumnos conocía la escala de percepción subjetiva del esfuerzo. El control de la frecuencia cardiaca en mitad de la sesiones de actividad física era tediosa y poco viable. Se utilizó la escala OMNI y se buscó asociación de la sensación de esfuerzo con la frecuencia cardiaca que presentaba el sujeto. Al final del estudio **el 19% de los alumnos conseguía estimar su frecuencia cardiaca por su sensación de esfuerzo** con bastante aproximación, de forma que podían bajar la intensidad del ejercicio cuando sentían un cansancio asociado a una frecuencia cardiaca no recomendada.
- El interés de los alumnos por la calidad del deporte que practican ha aumentado progresivamente a lo largo de los meses. Se puede afirmar que la **educación sanitaria** aumenta los conocimientos de los alumnos, además de mejorar el autocuidado y el autocontrol de las decisiones que toman en relación a su salud. La **enfermera escolar** como **un pilar fundamental** para la autonomía y el autocuidado de la salud de nuestros niños.

M.J. León; B. Hidalgo; A.B. Villalobos; M. J. Carrasco; L. Sánchez; M. León♣ Enfermeras

Castilla-La Mancha



SATSE

sescam

Resumen: *El entrenamiento saludable para nuestro corazón requiere desarrollarlo por debajo de la frecuencia cardiaca máxima. La autopercepción del cansancio como vehículo para conocer una aproximación real a la frecuencia cardiaca y así regular la intensidad del entrenamiento.*

Palabras Clave: *Frecuencia cardíaca, Ejercicio físico, Educación en salud*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Los beneficios del deporte son innegables, pero desde la fundación española del corazón recalcan la importancia de

practicarlo de forma sensata. La **frecuencia cardiaca máxima** es el número máximo de latidos que puede alcanzar el corazón durante un minuto sometido a esfuerzo, solo que los expertos recomiendan no alcanzar ese límite. Con el deporte, además de desestabilizar una enfermedad oculta, el simple hecho de llegar, mantener o sobrepasar la frecuencia cardíaca máxima hace que el flujo de bombeo del corazón no aumente pese a que sí lo haga; el esfuerzo del corazón sea insuficiente.

Vigilar la **intensidad** a la que practicamos **deporte** es uno de los puntos clave a los que debemos prestar atención si queremos sacarle el máximo provecho para nuestra salud. La frecuencia cardiaca ha demostrado ser un buen detector de los condicionantes del ejercicio físico y nos permite controlar el entrenamiento y sus avances. Practicar ejercicio físico de forma segura, vigilando la intensidad de esa práctica, disminuye el riesgo de enfermedad cardiovascular minimizando así el riesgo de sufrir una muerte súbita cardiovascular.

Objetivo:

Describir el nivel de conocimientos y mejorar la calidad de los entrenamientos de los alumnos.

Material y Método:

Se ha realizado un **estudio analítico longitudinal** de la **frecuencia cardiaca** en relación con la **actividad física** a lo largo del curso

escolar entre los alumnos de 4º a 6º de primaria (10 -12 años). Se han recogido los datos en la totalidad de los alumnos: 166.

Las acciones se han llevado a cabo en 3 fases:

Fase 1: Recogida de datos. Descripción de la situación inicial. Al principio de curso. Entre septiembre y octubre

- Encuesta de conocimientos previos sobre anatomía básica del corazón.
- Encuesta de conocimientos previos sobre fisiología básica del corazón, frecuencia cardiaca y recuperación cardiaca.
- Practica para la toma de la frecuencia cardiaca o pulso.

- Situación inicial que presentaban los entrenamientos de nuestros alumnos. Medición.

Fase 2: Formación. Talleres formativos. Entre los meses de Noviembre y Abril.

- Taller 1: Qué es y cómo funciona el corazón.
- Taller 2: Frecuencia cardiaca. Pinceladas teóricas y entrenamiento para registrarla.
- Taller 3: Ejercicio físico. Beneficios y contraindicaciones.
- Taller 4: Relación entre ejercicio físico y frecuencia cardiaca. Recuperación cardiaca.
- Taller 5: Percepción subjetiva del esfuerzo. Escala OMNI y relación con la frecuencia cardiaca. Entrenamiento.
- Taller 6: Serie de entrenamientos con mediciones de frecuencia cardiaca y escala OMNI.

Fase 3: Recogida de datos. Descripción de la situación final. Al final de curso. En el mes de Mayo.

- Encuesta de conocimientos sobre anatomía y fisiología básica del corazón.

Situación final que presentaban los entrenamientos de los alumnos. Medición

Resultados:

	En noviembre	En Mayo
Tienen conocimientos básicos de anatomía cardiaca	133	145
Tienen conocimientos básicos de fisiología cardiaca	98	109
Saben que es y la utilidad de la frecuencia cardiaca	56	107
Saben medir la frecuencia cardiaca	27	147
Saben que es y la utilidad de la recuperación cardiaca	9	52
Tienen entrenamientos por encima de la frecuencia cardiaca máxima	128	72
Tienen recuperación cardiaca normal	165	165
Relacionan la escala OMNI con su frecuencia cardiaca	0	32

Conclusiones:

• Los alumnos de entre 10-12 años, en general (80%), conocen características del corazón, es cierto que las características fisiológicas se conocen menos que las anatómicas. Los resultados después de los talleres mejoraron, pero no significativamente.

• El 34% de los alumnos podían describir, con más o menos precisión qué es la frecuencia cardiaca, pero solo el 16% sabían medirla al empezar el estudio. Tras el entrenamiento en esta medición, los resultados mejoraron significativamente. Al finalizar el **88% de los alumnos median su frecuencia cardiaca** con gran precisión.

• El desconocimiento sobre qué es y para qué sirve la recuperación cardiaca era generalizado al inicio del estudio. Es cierto que tras los talleres el dato mejoró sustancialmente (31%), pero sigue siendo escaso.

• El 77% de los alumnos iban por encima de su frecuencia cardiaca máxima durante los entrenamientos, al inicio del estudio, aumentando con ello el riesgo de desarrollar enfermedades cardiacas. Tras los talleres, el interés de los alumnos por este tema aumento sustancialmente y se preocuparon realizar entrenamientos en rango. Al finalizar el estudio, **el 56% de los alumnos conseguían completar la clase de educación física sin sobrepasar su frecuencia cardiaca máxima**.

• Todos los alumnos excepto uno tenía una **recuperación cardiaca normal**. El alumno que tenía un tiempo elevado de recuperación cardiaca fue derivado a su pediatra para estudio especializado.

• Al inicio del estudio, ninguno de los alumnos conocía la escala de percepción subjetiva del esfuerzo. El control de la frecuencia cardiaca en mitad de las sesiones de actividad física era tediosa y poco viable. Se utilizó la escala OMNI y se buscó asociación de la sensación de esfuerzo con la frecuencia cardiaca que presentaba el sujeto. Al final del estudio **el 19% de los alumnos conseguía estimar su frecuencia cardiaca por su sensación de esfuerzo** con bastante aproximación, de forma que podían bajar la intensidad del ejercicio cuando sentían un cansancio asociado a una frecuencia cardiaca no recomendada.

• El interés de los alumnos por la calidad del deporte que practican ha aumentado progresivamente a lo largo de los meses. Se puede afirmar que la **educación sanitaria** aumenta los conocimientos de los alumnos, además de mejorar el autocuidado y el autocontrol de las decisiones que toman en relación a su salud. La enfermera escolar como **un pilar fundamental** para la autonomía y el autocuidado de la salud de nuestros niños.

Bibliografía

1.- Devís, J. & Peiró, C. (1993) La actividad física y la promoción de la salud en niños/as y jóvenes: la salud y la educación física. *Rev Psicol Dep*, 4, 71-86.

2.- Devís, J. & Peiró, C. (1995) La salud en la enseñanza de la educación física: desarrollo y evaluación de una experiencia escolar. En Rodríguez, P. & Moreno, *J. Perspectivas de actuación en educación física*, pp.61-91.Murcia: Universidad de Murcia.

3.- Irigoien, JM. (1999). Cardiología y Deporte. Madrid: Gymnos.

4.- Sañudo, B., & Del Hoyo, M. (2007) el control de la intensidad del esfuerzo y su i*ncidencia sobre la actividad física en edad escolar*. Cultura, Ciencia y Deporte. 3 (7): 13-17.

5.- Ortega, F., Ruiz, J., Castillo, MJ., Moreno, LA., González-Gross, M., Wämberg, J. & AVENA Group (2005) Bajo nivel de forma física en los adolescentes españoles, importancia para la salud cardiovascular futura (Estudio Avena). *Rev Esp Cardiol*, 58(8): 898-909.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 105

FUROSEMIDA O TORASEMIDA: ¿Cuál es más eficaz para la insuficiencia cardiaca (IC)?

Cofrade Delgado, Ana María
Mora Muñoz, Eduardo
Cofrade Delgado, Virginia

FUROSEMIDA O TORASEMIDA: ¿CUÁL ES MÁS EFICAZ PARA LA INSUFICIENCIA CARDIACA (IC)?

COFRADE DELGADO, ANA MARÍA; MORA MUÑOZ, EDUARDO; COFRADE DELGADO, VIRGINIA

INTRODUCCIÓN

En la **Insuficiencia Cardiaca (IC),** es habitual el uso de **diuréticos,** ya que, reducen el edema, y el riesgo de rehospitalización por descompensación. En la Insuficiencia Cardiaca Congestiva (ICC), los diuréticos más usados son los diuréticos de Asa, debido a la reducción del riesgo de rehospitalización; en este grupo se engloba a *Furosemida* y *Torasemida*.

Diferencias entre FUROSEMIDA y TORASEMIDA:

• FUROSEMIDA	• TORASEMIDA
• Ejerce su efecto diurético inhibiendo la resorción del sodio y del cloro en la porción ascendiente del asa de Henle	• Bloquea canales de cloro del polo basolateral
• Acción en el túbulo proximal	• No tiene acción en el túbulo proximal
• Eliminación Renal	• Eliminación Hepática
• Efecto diurético más corto (30-60min vía oral, 5 minutos vía intravenosa) y es menos prolongado (1 hora máximo)	• Efecto diurético más tardío (1-2 horas vía oral, 1 hora vía intravenosa) y es más prolongado (6-8 horas).
• Grupo de Riesgo C farmacológico durante el embarazo	• Grupo de Riesgo B farmacológico durante el embarazo

Las reacciones adversas más comunes son: *fatiga, cansancio, cefalea, vértigos, calambres musculares, rash cutáneo, hipotensión ortostática, dolor en la zona baja de la espalda, náuseas, hiponatremia, hipomagnesemia e IRA en combinación con AINES y IECAs.*

OBJETIVOS

GENERALES

- Reducir el riesgo de mortalidad a corto y largo plazo.
- Evitar recaídas y reingresos hospitalarios en pacientes con IC aguda o congestiva.
- Evitar la progresión de la enfermedad, minimizando los principales síntomas y efectos adversos.
- Mejorar la capacidad funcional y la calidad de vida.

ESPECÍFICOS

- Adaptar el tratamiento farmacológico al grado de IC del paciente.
- Personalizar el tratamiento con diuréticos según las destrezas en el manejo e ingesta del tratamiento.

MATERIAL Y METODO

- Se ha utilizado una revisión bibliográfica sobre evidencia científica, ensayos clínicos, guías de práctica clínica (GPC) y revisiones sistemáticas (RS) con o sin meta-análisis (MA).
- Las bases de datos usadas han sido: *Cuiden*, *Pubmed*, *Cochrane Library*, páginas web de organismos oficiales como el Servicio de Salud Gallego (SERGAS), Biblioteca Murcia Salud. Buscadores bibliográficos como *Dialnet o Revista Science Direct*. Castellano e inglés son los idiomas usados para consultar en las bases de datos.



RESULTADOS

- En el ámbito sanitario el diurético más utilizado en pacientes con IC o ICC es la Furosemida, pero en la literatura hay controversia de si es más adecuada esta o la Torasemida, ya que esta última presenta ciertas ventajas:
  - Ofrece una biodisponibilidad >90% en pacientes con insuficiencia renal (IR), cirrosis hepática o ICC
  - Menor eliminación renal del fármaco.
  - Inalterable con la ingesta de alimentos.
  - Las concentraciones séricas máxima de la torasemida es de 3,5 horas. Vida media más larga.
  - La torasemida tiene un inicio y un efecto diurético más rápido. Además, hay menor reabsorción de sodio que en el caso de la furosemida.
  - La torasemida ha demostrado (con evidencia científica) una reducción de hospitalización por insuficiencia cardiaca.
  - Mejoría de la calidad de vida en los pacientes con torasemida en comparación con la furosemida, como la mejora del grado funcional de la NYHA, según evidencia científica.
  - La torasemida podría bloquear el receptor de aldosterona y por ello presentar propiedades antifibróticas.

CONCLUSIONES

La torasemida en comparación con la furosemida tiene una biodisponibilidad mayor y más estable (especialmente cuando se toma con alimentos), un mayor grado de unión a proteínas y, por lo tanto, una vida media más larga. Tiene potenciales efectos vasodilatadores y antifibróticos a través de la inhibición de la aldosterona. Sin embargo, no está demostrado que la torasemida sea un fármaco mucho mas favorable para tratar la IC que la furosemida, siendo controversia la elección. Hacen falta mas estudios para avalar el uso de un diurético sobre otro.

Abraham B, Megaly M, Sous M, Fransawyalkomos M, Saad M, Fraser R, et al. Meta-analysis comparing torsemide versus furosemide in patients with heart failure. Am J Cardiol [Internet]. 2020 [citado el 03 de mayo de 2023];125(1):92–9. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31699358/
Bikdeli B, Strait KM, Dharmarajan K, Partovian C, Coca SG, Kim N, et al. Dominance of furosemide for loop diuretic therapy in heart failure: time to revisit the alternatives? J Am Coll Cardiol [Internet]. 2013;61(14):1549–50. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S073510971300483X
Furosemida y torasemida. ¿Son iguales? [Internet]. CARPRIMARIA. [citado el 04 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.carprimaria.com/leer-insuficiencia/furosemida-torasemida-ic
Mentz RJ, Velazquez EJ, Metra M, McKendry C, Chiswell K, Fiuzat M, et al. Comparative effectiveness of torsemide versus furosemide in heart failure patients: insights from the PROTECT trial. Future Cardiol [Internet]. 2015 [citado el 04 de mayo de 2023];11(5):585–95. Disponible en: http://dx.doi.org/10.2217/fca.15.56

Resumen: *En nuestro día a día, como profesionales de enfermería, podemos encontrar pacientes ingresados en nuestras unidades hospitalarias, con un diagnóstico muy común: Insuficiencia Cardiaca (IC). El uso de diuréticos es fundamental para mejorar el edema del paciente, aumentar la capacidad de ejercicio de los pacientes y reducir el riesgo de hospitalización por IC en caso de congestión. Comúnmente, se usa Furosemida como diurético, pero hay cierta controversia en usar este fármaco o decantarse por otros diuréticos de Asa como la Torasemida.*

Palabras Clave: *Furosemida, Torasemida, Insuficiencia Cardíaca*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

En nuestro día a día, podemos encontrar pacientes ingresados en nuestras unidades hospitalarias, con un diagnóstico muy común: Insuficiencia Cardiaca (IC). Un tratamiento fundamental para estos casos es el uso de diuréticos: éstos mejoran los síntomas y reducen el edema. También reducen el riesgo de rehospitalización por IC en caso de congestión. Cuando se habla de Insuficiencia Cardiaca Congestiva (ICC), los diuréticos más usados (al ser los más potentes) son los Diuréticos de Asa; engloban en este grupo a Furosemida y Torasemida, debido a la reducción del riesgo de rehospitalización por congestión.

Las reacciones adversas más comunes de los diuréticos de asa son las siguientes: fatiga, cansancio, cefalea, vértigos, calambres musculares, rash cutáneo, hipotensión ortostática, dolor en la zona baja de la espalda, náuseas, hiponatremia, hipomagnesemia e insuficiencia renal aguda (IRA) en combinación con AINES y IECAs.

Objetivo:

GENERALES

- Reducir el riesgo de mortalidad a corto y largo plazo.
- Evitar recaías y reingresos hospitalarios en pacientes con IC aguda o congestiva.
- Evitar la progresión de la enfermedad, minimizando los principales síntomas y efectos adversos.
- Mejorar la capacidad funcional y la calidad de vida.

ESPECÍFICOS

- Adaptar el tratamiento farmacológico al grado de IC del paciente.
- Personalizar el tratamiento con diuréticos según las destrezas en el manejo e ingesta del tratamiento.
- Evitar las duplicidades.
- Prevenir sobremedicar al paciente, facilitando el manejo de la enfermedad.

Material y Método:

Se ha utilizado una revisión bibliográfica sobre evidencia científica y ensayos clínicos, así como la consulta de guías de práctica clínica (GPC) y revisiones sistemáticas (RS) con o sin metaanálisis (MA). Las bases de datos usadas han sido: Cuiden, Pubmed, Cochrane Library; páginas web de organismos oficiales como el Servicio de Salud Gallego (SERGAS), Biblioteca Murcia Salud; uso de buscadores bibliográficos como Dialnet o Revista Science Direct. Castellano e inglés son los idiomas usados para consultar en las bases de datos.

PALABRAS CLAVE: "Furosemida", "Torasemida", "Diuréticos Conservadores de Potasio", "Insuficiencia Cardíaca".

OPERADORES BOLEANOS: ''AND'' y ''OR''.

Resultados:

En el ámbito sanitario el diurético más utilizado en pacientes con IC o ICC es la Furosemida, pero en la literatura hay controversia de si es más adecuada esta o la Torasemida, ya que esta última presenta ciertas ventajas:

• Ofrece una biodisponibilidad >90% en pacientes con insuficiencia renal (IR), cirrosis hepática o ICC.

• Menor eliminación renal del fármaco.

• Se mantiene inalterable con la ingesta de alimentos.

• Las concentraciones séricas máxima de la torasemida es de 3,5 horas, consiguiendo una vida media más larga.

• La torasemida tiene un inicio y un efecto diurético más rápido. Además, hay menor reabsorción de sodio que en el caso de la furosemida.

• La torasemida ha demostrado (con evidencia científica) una reducción de hospitalización por insuficiencia cardiaca.

• Mejoría de la calidad de vida en los pacientes con torasemida en comparación con la furosemida, como la mejora del grado funcional de la NYHA.

• La torasemida podría bloquear el receptor de aldosterona y por ello podría presentar propiedades anti fibróticas.

En un artículo publicado en enero de 2015 en la revista American Heart Jornal, se describe un estudio que indica que, en comparación con la Furosemida, la Torasemida presenta los siguientes beneficios:

• Mejora de indicadores de la Insuficiencia Cardíaca: función del ventrículo izquierdo, niveles en plasma de BNP, clase funcional según la NYHA.

• Reducción en número de ingresos en hospital.

• Reducción en mortalidad.

En el artículo **''metaanálisis sobre el uso de torasemida versus furosemida en insuficiencia cardiaca''** (Abraham, B et all), analizan en total 19 estudios, 9 randomizados y 10 observacionales,

lo que supone 19.280 pacientes (4.550 en tratamiento con torasemida y 14.730 con furosemida). Las conclusiones que aparecen son:

• La torasemida se asocia a mayor mejoría en la clase funcional de la escala NHYA y menor mortalidad cardiaca.

• La torasemida se asocia a un menor número de hospitalizaciones.

• No existen diferencias en la mortalidad por cualquier causa.

• No existen diferencias en la incidencia de efectos secundarios.

Actualmente ha salido a la luz un ensayo clínico **TRANSFORM-HF** *(ToRsemide compArisoN with furoSemide FOR Management of Heart Failure)*, para comparar la eficacia de torasemida y furosemida en personas con insuficiencia cardíaca. Este ensayo incluía pacientes hospitalizados con IC nueva o en empeoramiento. En un metaanálisis que incluyó 19 estudios con más de 19.000 pacientes, la torasemida comparada con el uso de furosemida en IC mejoró mucho en el estado funcional y una menor mortalidad cardiovascular.

Conclusiones:

Como ya se sabe, la torasemida en comparación con la furosemida tiene una biodisponibilidad mayor y más estable (sobre todo cuando se toma con alimentos), un mayor grado de unión a proteínas y, por tanto, una vida media más larga y más larga. Además, tiene potenciales efectos vasodilatadores y anti fibróticos a través de la inhibición de la aldosterona. Sin embargo, no está demostrado que la torasemida sea un fármaco mucho más favorable para tratar la IC que la furosemida, siendo controversia la elección. Hacen falta más estudios para avalar el uso de un diurético sobre otro.

Bibliografía

1.- Abraham B, Megaly M, Sous M, Fransawyalkomos M, Saad M, Fraser R, et al. Meta-analysis comparing torsemide versus furosemide in patients with heart failure. Am J Cardiol [Internet]. 2020 [citado el 03 de mayo de 2023];125(1):92–9. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31699358/

2..- Bikdeli B, Strait KM, Dharmarajan K, Partovian C, Coca SG, Kim N, et al. Dominance of furosemide for loop diuretic therapy in heart failure: time to revisit the alternatives? J Am Coll Cardiol [Internet]. 2013;61(14):1549–50. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S073510971300483X

3..- Furosemida y torasemida. ¿Son iguales? [Internet]. CARPRIMARIA. [citado el 04 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.carprimaria.com/leer-insuficiencia/furosemida-torasemida-ic

4.- Mentz RJ, Velazquez EJ, Metra M, McKendry C, Chiswell K, Fiuzat M, et al. Comparative effectiveness of torsemide versus furosemide in heart failure patients: insights from the PROTECT trial. Future Cardiol [Internet]. 2015 [citado el 04 de mayo de 2023];11(5):585–95. Disponible en: http://dx.doi.org/10.2217/fca.15.56

5.- Verbrugge FH, Menon V. Torsemide comparison with furosemide for management of heart failure (TRANSFORM-HF) trial. Eur Heart J Acute Cardiovasc Care [Internet]. 2022;11(12):931–2. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1093/ehjacc/zuac144

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 106

Hacia el envejecimiento activo en personas con discapacidad intelectual y del desarrollo a través de la consulta de enfermería

Camacho Sánchez, Ana María

Hacia el envejecimiento activo en personas con discapacidad intelectual y del desarrollo a través de la consulta de enfermería

AUTOR: Camacho Sanchez, Ana Maria (Enfermera sociosanitaria en PDID)

INTRODUCCION

El **envejecimiento activo** según la OMS es el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. Es influido por distintos factores que condicionan la manera en que envejecemos como estado físico, entorno social, determinantes conductuales ….

El envejecimiento activo ha cobrado gran importancia para la población general, pero en las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo (PDID), evoluciona más lentamente debido a muchas de las desigualdades que sufren en muchos aspectos de su vida y la necesidad de apoyos para conseguir mayor satisfacción en todas las dimensiones que componen la calidad de vida.

El **objetivo** de nuestro trabajo es describir intervenciones para potenciar el envejecimiento activo dentro de las PDID en materia relacionada con la salud.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una revisión bibliográfica, en base a datos recogidos a través de Google académico y fundaciones relacionadas con la discapacidad intelectual, las cuales trabajan por mejorar la calidad de vida de las PDID. Hemos seleccionado artículos del 2015 en adelante.

- *Criterios de inclusión:* Artículos que trataban sobre envejecimiento de forma activa.
- *Criterios de exclusión:* Artículos que no se centraban en las PCDID en concreto.
- Tras una primera búsqueda se encontraron 13 fuentes bibliográficas, de las cuales tras lectura crítica se seleccionaron 4.
- *Población diana*: Profesionales de enfermería.
- *Palabras claves*: Envejecimiento saludable *(Healthy Aging*), Discapacidad intelectual *(Intellectual Disability*) y Calidad de vida (*Quality of Life*).

RESULTADOS

- En las PDID es más frecuente la coexistencia de enfermedades de base, lo cual predispone de forma general a muchas de ellas a envejecer en peores condiciones. Todo ello sumado a la necesidad de apoyos, ha motivado a desarrollar programas e intervenciones relacionadas con la salud de las PCDID, a través de numerosas asociaciones formadas por profesionales, PCDID y familias. Con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las PCDID en la etapa de envejecimiento.

INTERVENCIONES desde la consulta de enfermería:

- **Evitar la polifarmacia** muy frecuente entre las PCDID, revisión de tratamientos farmacológicos evitando cronificación de medicaciones, la duplicidad de tratamientos etc…



-Realizar una **alimentación saludable** a través de menús adaptados. Y a través de apoyo activo a las personas que lo necesiten para el momento de las ingestas.



-Realizar **un programa de ejercicio físico** adaptado a cada persona. Incluyendo ejercicios pasivos en personas con imposibilidad de movimiento de forma autónoma.



- **Revisiones de salud periódicas** adaptadas a las necesidades de salud de cada persona.

CONCLUSIONES

Es muy importante darle los apoyos necesarios a las PDID en aspectos de salud como son una buena alimentación y rutina de ejercicio físico para que puedan conseguir mejor calidad de vida en la etapa de envejecimiento. Como enfermeras es de vital importancia nuestra labor evitando la sobremedicación tan frecuente en este colectivo de personas y que afecta tan negativamente a la salud como a la forma de envejecer. Intentando conseguir con estas y más intervenciones disminuir las desigualdades que este colectivo presenta frente a la población general en este aspecto.

BIBLIOGRAFIA

- ORTEGA CAMARERO.MT. El envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual que trabajan: cuestiones a abordar en un nuevo modelo de intervención. Revista Barataria [Internet]. Burgos, 2020 [consultado en mayo 2023]. Disponible en: https://acmspublicaciones.revistabarataria.es/wp-content/uploads/2023/05/69-Ortega-Envejecimiento-personas-discapacidad-funcional-2019-2023-pp761-771.pdf
- Del Barrio JA, Sánchez Iglesias AI, González J. Retos del envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual. Revista INFAD de Psicología [Internet]. 28 de octubre de 2016 [citado 8 de junio de 2023];1(2):47-56. Disponible en: https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/559
- Vert. S, Balcells. E, Garriga. MA, Jiménez. A Juncá. AM, Muñoz. M. Programa de apoyo para el envejecimiento activo y positivo de las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo [Internet]. Salamanca: IX Jornadas Científicas Internacionales de Investigación sobre Personas con Discapacidad, 2022 [Consultado en mayo 2023]. Disponible en: https://inico.usal.es/cdjornadas2015/CD%20Jornadas%20INICO/cdjornadas-inico.usal.es/docs/303.pdf

Resumen: *El término de envejecimiento activo ha cobrado gran importancia entre la población. Dentro de las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo (PCDID), es más difícil de abordarlo por numerosas razones. Incluso en muchas ocasiones por creencias en las cuales las PCDID se cree que no envejecen y son "eternos niños". Actualmente, se han desarrollado guías y programas que ayudan a que el envejecimiento activo este mucho mas cerca de las PCDID. Como enfermeros tenemos en nuestra mano ayudar a este colectivo a envejecer con mayor calidad de vida al igual que la población general.*

Palabras Clave: *Envejecimiento saludable (Healthy Aging), Discapacidad intelectual (Intellectual Disability) Calidad de vida (Quality of Life).*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El envejecimiento activo según la OMS es optimizar oportunidades de salud, participación y seguridad para mejorar la calidad de vida conforme las personas envejecen. Es influido por distintos factores que condicionan la manera en que envejecemos como estado físico, entorno social, determinantes conductuales, etc.

El envejecimiento activo ha cobrado gran importancia para la población general, pero en las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo (PDID), evoluciona más lentamente debido a muchas de las desigualdades que sufren en muchos aspectos de su vida y la necesidad de apoyos para conseguir mayor satisfacción en todas las dimensiones que componen la calidad de vida.

Objetivo:

El objetivo de nuestro trabajo es describir intervenciones para potenciar el envejecimiento activo dentro de las PDID en materia relacionada con la salud.

Material y Método:

Se ha realizado una revisión bibliográfica, en base a datos recogidos a través de Google académico y fundaciones relacionadas con la discapacidad intelectual, las cuales trabajan por mejorar la calidad de vida de las PDID. Hemos seleccionado artículos del 2015 en adelante.

- *Criterios de inclusión*: Artículos que trataban sobre envejecimiento de forma activa.

- *Criterios de exclusión*: Artículos que no se centraban en las PCDID en concreto.

- Tras una primera búsqueda se encontraron 13 fuentes bibliográficas, de las cuales tras lectura crítica se seleccionaron 4.

- *Población diana*: Profesionales de enfermería.

Resultados:

En las PDID es más frecuente la coexistencia de enfermedades de base, lo que predispone a muchas de ellas a envejecer en peores condiciones. Todo ello, junto a la necesidad de apoyos

necesarios, ha motivado a desarrollar programas e intervenciones relacionadas con la salud de las PCDID, mediante asociaciones formadas por profesionales, PCDID y familias. Para mejorar la calidad de vida de las PCDID en la etapa de envejecimiento. A continuación, se enumeran algunas intervenciones realizadas desde la consulta de enfermería para trabajar aspectos relacionados con la salud de las PCDID y relacionados en su envejecimiento.

Intervenciones:

- Evitar la polifarmacia muy frecuente entre las PCDID, revisión de tratamientos farmacológicos evitando cronificación de medicaciones, la duplicidad de tratamientos etc…

- Realizar una **alimentación saludable** a través de menús adaptados. Y a través de apoyo activo para las personas que lo necesiten en el momento de las ingestas.

-Realizar **un programa de ejercicio físico** adaptado a cada persona. Incluyendo ejercicios pasivos en personas con imposibilidad de movimiento de forma autónoma.

- **Revisiones de salud periódicas** adaptadas a las necesidades de salud de cada persona.

Conclusiones:

Es muy importante darle los apoyos necesarios a las PDID en aspectos de salud como son una buena alimentación y rutina de ejercicio físico para que puedan conseguir mejor calidad de vida en la etapa de envejecimiento. Como enfermeras es de vital importancia nuestra labor evitando la sobre medicación tan frecuente en este colectivo de personas y que afecta tan negativamente a la salud como a la forma de envejecer. Intentando conseguir con estas y más intervenciones disminuir las desigualdades que este colectivo presenta frente a la población general en este aspecto.

Bibliografía

1.-ORTEGA CAMARERO.MT. El envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual que trabajan: cuestiones a abordar en un nuevo modelo de intervención. Revista Barataria [Internet]. Burgos, 2020 [consultado en mayo 2023]. Disponible en: https://acmspublicaciones.revistabarataria.es/wp-content/uploads/2023/05/69-Ortega-Envejecimiento-personas-discapacidad-funcional-2019-2023-pp761-771.pdf

2.- Del Barrio JA, Sánchez Iglesias AI, González J. Retos del envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual. Revista INFAD de Psicología [Internet]. 28 de octubre de 2016 [citado 8 de junio de 2023];1(2):47-56. Disponible en: https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/559

3.- Vert. S, Balcells. E, Garriga. MA, Jiménez. A Juncá. AM, Muñoz. M. Programa de apoyo para el envejecimiento activo y positivo de las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo [Internet]. Salamanca: IX Jornadas Científicas Internacionales de Investigación sobre Personas con Discapacidad, 2022 [Consultado en mayo 2023]. Disponible en: https://inico.usal.es/cdjornadas2015/CD%20Jornadas%20INICO/cdjornadas-inico.usal.es/docs/303.pdf

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 107

Hernia de disco lumbar: ¿tratamiento quirúrgico o terapia física?

Catalán Catalán, Estela
Cabañas Linares, Javier
López Valero, Marian

HERNIA DE DISCO LUMBAR: ¿TRATAMIENTO QUIRÚRGICO O TERAPIA FÍSICA?

Catalán Catalán, E.; Cabañas Linares, J.; López Valero, M.



Introducción

El dolor de espalda baja es una de las principales causas de consulta médica debido a una hernia lumbar. Varios estudios de biología molecular han demostrado que el tejido herniado es un material biológicamente muy activo que crea una serie de mediadores de inflamación.

El tratamiento va dirigido a solución de los síntomas y, por lo tanto, la elección será el conservador (prescripción de fármacos, educación del paciente y terapia física), dejando el tratamiento quirúrgico para casos que exista daño neurológico masivo como un déficit motor progresivo o cuando fracasa el tratamiento conservador. Existe una proporción de pacientes que desarrollan una importante alteración en la calidad de vida, una reducción de la actividad laboral y un mayor consumo de recursos sanitarios.



Método

La búsqueda bibliográfica se realizó en tres bases de datos: Pubmed, Cochrane Library y Pedro. Para las búsquedas se utilizaron los siguientes términos: 'Radiculopatía', ' Hernia discal lumbar', 'Escuela de espalda'. Se extrajeron los datos sobre tratamiento, dolor, discapacidad y síntomas neuropáticos en los resultados de los estudios. Analizamos cinco estudios.

Objetivos

- Comprobar la efectividad del ejercicio terapéutico sobre el dolor lumbar, los síntomas neuropáticos y la discapacidad en pacientes con hernia discal
- Determinar la efectividad del ejercicio en dolor, discapacidad y síntomas neuropáticos a corto, medio y largo plazo
- Conocer y modificar la sintomatología neurológica que se presenta con mayor frecuencia en pacientes con patología de hernia discal lumbar

Resultados

En cinco estudios se incluyeron ejercicios de control motor, más un añadido dependiendo de cada autor:

- Estudio de Plaza: añadió movilizaciones neurodinámicas a ejercicios de control motor no mejoró los resultados de discapacidad y de dolor en las piernas, pero sí en los síntomas neuropáticos a las 4 semanas, pero en mayor medida a las 8 semanas.
- Estudio de França: se mostró que los ejercicios de control motor producen mejoras en cuanto a dolor y discapacidad frente a la estimulación eléctrica nerviosa transcutánea al finalizar la intervención de 8 semanas.
- Estudio de Gaowgzeh: un programa de ejercicios de estabilización lumbar combinados con corrientes interferenciales durante 6 semanas fue eficaz en cuanto a dolor y discapacidad, pero mejoraban más si se combinaba con una terapia de descompresión.
- Estudio de Hahne: se mostró que un programa funcional (ejercicios de control motor y ejercicios funcionales) durante 10 semanas fue más eficaz para el dolor lumbar y la discapacidad. Sin embargo, no dio beneficios para el dolor irradiado en ningún intervalo de tiempo.
- Estudio de Kostadinovic: se estudiaron los efectos de añadir movilizaciones torácicas a ejercicios de estabilización en pacientes con dolor lumbar y radiculopatía, se mostró que este tipo de intervención durante 8 semanas fue más efectivo que únicamente ejercicios de estabilización lumbar en cuanto a discapacidad, dolor lumbar y dolor neuropático a corto y medio plazo.

Por lo tanto, cuatro de los cinco estudios que emplearon ejercicios de control motor, podemos decir que hay evidencia suficiente y que son efectivos para el dolor lumbar y la discapacidad ya que se objetivaron resultados favorables en todos estos estudios.

Conclusión

El ejercicio terapéutico resulta ser efectivo para la disminución del dolor y la discapacidad y, en menor medida, para la mejora de los síntomas neuropáticos. Las mejoras que se muestran son en gran parte a corto plazo, aunque los estudios revelan una posible tendencia a la mejoría de los pacientes a largo plazo. Dentro de las modalidades de ejercicio empleadas en los estudios se exhibe que los ejercicios de control motor realizados durante un período de 8 semanas parecen ser los que mayores beneficios ofrecen a los pacientes con HDL en cuanto a dolor y discapacidad. Además, se sugiere que el yoga mejora la discapacidad a corto plazo, que los ejercicios aeróbicos combinados con ejercicios correctores de la postura de la cabeza reducen el dolor lumbar, dolor radicular y la discapacidad a largo plazo y que los ejercicios de flexión de miembros inferiores muestran mejoras en la discapacidad, dolor lumbar y dolor radicular a corto plazo.

Bibliografía

- Plaza-Manzano G, Cancela-Cilleruelo I, Fernández-De-Las-Penãs C, AriasBuriá JL, Thoomes-De-Graaf M, et al. Effects of Adding a Neurodynamic Mobilization to Motor Control Training in Patients with Lumbar Radiculopathy Due to Disc Herniation: A Randomized Clinical Trial. Am J Phys Med Rehabil. 2020 Feb 1;99(2):124–32.
- Franca FJR, Callegari B, Ramos LAV, Burke TN, Magalhaes MO, et al. Motor Control Training Compared With Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation in Patients With Disc Herniation With Associated Radiculopathy: a Randomized Controlled Trial. Am J Phys Med Rehabil [Internet]. 2019 Mar 1 [cited 2022 Feb 20];98(3):207-214.
- Gaowgzeh RAM, Chevidikunnan MF, Binmulayh EA, Khan F. Effect of spinal decompression therapy and core stabilization exercises in management of lumbar disc prolapse: A single blind randomized controlled trial. J Back Musculoskelet Rehabil. 2020;33(2):225–31.
- Hahne AJ, Ford JJ, Hinman RS, Richards MC, Surkitt LD, Chan AYP, et al. Individualized functional restoration as an adjunct to advice for lumbar disc herniation with associated radiculopathy. A preplanned subgroup analysis of a randomized controlled trial. Spine J. 2017 Mar 1;17(3):346–59.
- Kostadinović S, Milovanović N, Jovanović J, Tomašević-Todorović S. Efficacy of the lumbar stabilization and thoracic mobilization exercise program on pain intensity and functional disability reduction in chronic low back pain patients. J Back Musculoskelet Rehabil. 2020;33(6):897–907

Resumen: Se han publicado numerosas revisiones que analizan la eficacia de los tratamientos no farmacológicos. Todas coinciden en que los programas de ejercicios son la intervención no farmacológica más y mejor estudiada.

La hernia discal lumbar sintomática es una patología frecuente que, en la mayoría de los casos, se resuelve con tratamiento conservador durante seis semanas, cuando este tratamiento no consigue aliviar los síntomas del paciente es preciso recurrir a la cirugía, este es un tratamiento altamente efectivo en la resolución de los síntomas.

Actualmente, se han incrementado casos de lumbalgia secundarios a hernias discales lumbares, por el mal hábito alimenticio y sedentarismo de las personas, lo que resulta en mayor incidencia de sobrepeso y obesidad, limitando la funcionalidad laboral. Por lo que es necesario conocer qué tipo de tratamiento presenta mayor efectividad en la patología de hernia discal, para sustentar con bibliografía nacional e internacional.

Palabras Clave: Radiculopatía, Hernia discal lumbar, Escuela de espalda

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El dolor de espalda baja es una de las principales causas de consulta médica en el mundo esencialmente por una hernia lumbar. Varios estudios de inmuhistoquímica y de biología molecular han demostrado que el tejido herniado no es un material inerte sino, por el contrario, biológicamente muy activo con capacidad de expresar una serie de mediadores de inflamación entre los que destacan citoquinas proinflamatorias.

El tratamiento va dirigido a solución de los síntomas y, por lo tanto, el tratamiento de elección será el conservador que debe ser multidisciplinar (prescripción de fármacos, educación del paciente y terapia física complementaria), dejando el tratamiento quirúrgico para casos que exista daño neurológico masivo como un déficit motor progresivo, y más frecuentemente se recomienda cuando fracasa el tratamiento conservador. Existe una proporción de pacientes que desarrollan una importante alteración en la calidad de vida, una reducción de la actividad laboral y un mayor consumo de recursos sanitarios.

Método:

La búsqueda bibliográfica se realizó en tres bases de datos: Pubmed, Cochrane Library. Para las búsquedas en las diferentes bases de datos se utilizaron los siguientes términos: "Radiculopathy", "Intervertebral disc displacement", "Exercise Therapy", Resistance Training", "Strengthening" y "Neuromuscular Training". Se extrajeron los datos sobre tratamiento, dolor, discapacidad y síntomas neuropáticos en los resultados de los estudios y las características de la muestra de los estudios incluidos

Objetivos:

- El objetivo general de esta revisión sistemática es determinar la efectividad del ejercicio terapéutico sobre el dolor lumbar, los síntomas neuropáticos y la discapacidad en pacientes con hernia discal lumbar

- Identificar el porcentaje de pacientes intervenidos con tratamiento quirúrgico versus el tratamiento conservador en la patología de hernia discal lumbar

- Determinar la efectividad del ejercicio terapéutico en pacientes con hernia discal lumbar con radiculopatía asociada en variables de dolor, discapacidad y síntomas neuropáticos a corto, medio y largo plazo

- Conocer la sintomatología neurológica que se presenta con mayor frecuencia en pacientes con patología de hernia discal lumbar

Resultados:

La principal novedad de la presente revisión con respecto a las anteriores es que muestra una mayor variedad de ejercicios y no solo se centra en la efectividad de ejercicios de estabilización lumbar o de control motor. Además, se encontró que el ejercicio terapéutico puede ser efectivo para el tratamiento de la HDL con radiculopatía asociada ya que se mostraron mejoras significativas en los estudios incluidos en cuanto a dolor sin especificar, dolor de extremidad inferior, dolor lumbar, discapacidad y síntomas neuropáticos.

En cinco estudios se incluyeron ejercicios de estabilización o de control motor, en uno de flexión de miembros inferiores, en otro yoga, en otro programa de restauración funcional con ejercicios aeróbicos globales y de resistencia, junto con ejercicios correctores de la postura de la cabeza y, en otro estudio, la fisioterapia en general, en el hogar.

En el estudio de Plaza et al se vio que añadir movilizaciones neurodinámicas a ejercicios de control motor no mejoró significativamente los resultados de discapacidad e intensidad de dolor en las piernas en ningún seguimiento respecto a solamente ejercicios de control motor, pero sí en los síntomas neuropáticos y en la sensibilidad mecánica al dolor a las 4 semanas, pero en mayor medida a las 8 semanas.

En el estudio de França et al se mostró que los ejercicios de control motor producen mejoras significativamente mayores en cuanto a dolor y discapacidad frente a la estimulación eléctrica nerviosa transcutánea al finalizar la intervención de 8 semanas.

En el estudio de Gaowgzeh et al se vio que con un programa de ejercicios de estabilización lumbar combinados con corrientes interferenciales durante 6 semanas fue significativamente eficaz en cuanto a dolor y discapacidad al finalizar la intervención, pero en mayor medida si se combinaba con una terapia de descompresión espinal.

En el estudio de Hahne et al se mostró que un programa de restauración funcional durante 10 semanas, donde se incluyeron ejercicios de control motor y ejercicios funcionales, fue más eficaz en cuanto al dolor lumbar y a discapacidad que únicamente un asesoramiento en el seguimiento inmediato y a largo plazo. Sin embargo, no mostró beneficios respecto al dolor de extremidad inferior en ningún tiempo.

En el estudio de Kostadinovic et al se estudiaron los efectos de agregar movilizaciones torácicas de cadena cinética cerrada a ejercicios de estabilización lumbar en pacientes con dolor lumbar

y radiculopatía, en el cual se mostró que este tipo de intervención durante 8 semanas fue más efectivo que únicamente ejercicios de estabilización lumbar en cadena cinética cerrada o abierta en cuanto a discapacidad, dolor lumbar y dolor neuropático a mitad de intervención y en el seguimiento inmediato.

Por lo tanto, como cuatro de los cinco estudios que emplearon ejercicios de control motor tienen evidencia suficiente sobre que estos ejercicios son efectivos para el dolor lumbar y la discapacidad ya que se objetivaron resultados favorables en todos estos estudios. Sin embargo, la evidencia es menor respecto a la mejora del dolor radicular ya que en un estudio no se objetivaron resultados significativos acerca de ello. Por ello, hay evidencia de que los ejercicios de control motor son efectivos para el tratamiento de HDL con radiculopatía a corto plazo y se sugiere que a largo plazo también pueden ser efectivos.

Conclusiones:

El ejercicio terapéutico resulta ser efectivo para la disminución del dolor y la discapacidad y, en menor medida, para la mejora de los síntomas neuropáticos en pacientes con HDL con radiculopatía asociada. Las mejoras que se muestran son en gran parte a corto plazo, aunque los estudios revelan una posible tendencia a la mejoría de los pacientes a largo plazo. En las modalidades de ejercicio empleadas en los estudios se exhibe que los ejercicios de control motor realizados durante 8 semanas parecen los que ofrecen mayores beneficios a los pacientes con HDL en cuanto a dolor y discapacidad. Además, se sugiere que el yoga mejora la discapacidad a corto plazo, que los ejercicios aeróbicos combinados con ejercicios correctores de la postura de la cabeza reducen el dolor lumbar, dolor radicular y la discapacidad a largo plazo y que los ejercicios de flexión de miembros inferiores muestran mejoras en la discapacidad, dolor lumbar y dolor radicular a corto plazo. Se consideran necesarios futuros estudios que corroboren dichos resultados favorables y que se evalúen en más intervalos para especificar estos beneficios.

Bibliografía

1.- Plaza-Manzano G, Cancela-Cilleruelo I, Fernández-De-Las-Penãs C, Cleland JA, AriasBuriá JL, Thoomes-De-Graaf M, et al. Effects of Adding a Neurodynamic Mobilization to Motor Control Training in Patients with Lumbar Radiculopathy Due to Disc Herniation: A Randomized Clinical Trial. Am J Phys Med Rehabil. 2020 Feb 1;99(2):124–32.

2.- Franca FJR, Callegari B, Ramos LAV, Burke TN, Magalhaes MO, Comachio J, et al. Motor Control Training Compared With Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation in Patients With Disc Herniation With Associated Radiculopathy: a Randomized Controlled Trial. Am J Phys Med Rehabil [Internet]. 2019 Mar 1 [cited 2022 Feb 20];98(3):207-214.

3.- Gaowgzeh RAM, Chevidikunnan MF, Binmulayh EA, Khan F. Effect of spinal decompression therapy and core stabilization exercises in management of lumbar disc prolapse: A single blind randomized controlled trial. J Back Musculoskelet Rehabil. 2020;33(2):225–31.

4.- Kostadinović S, Milovanović N, Jovanović J, Tomašević-Todorović S. Efficacy of the lumbar stabilization and thoracic mobilization exercise program on pain intensity and functional disability reduction in chronic low back pain patients with lumbar radiculopathy: A randomized controlled trial. J Back Musculoskelet Rehabil. 2020;33(6):897–907

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 108

Herramientas para la Detección Precoz de Infección en Heridas

Carabella Garcia, Monica
Ortiz Rodrigo, Javier
Ruiz Mena, Elena
Ortiz Patricio, Patricia

HERRAMIENTAS PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE INFECCIÓN EN HERIDAS

M Carabella Garcia, J Ortiz Rodrigo, E Ruiz Mena, P Ortiz Patricio.

La piel es el órgano más grande del cuerpo humano y que constituye la barrera que nos separa del medio externo. Está constantemente expuesta a agresiones, dañando capas como la epidermis y dermis, dando lugar a una herida. Una de las complicaciones de las heridas es la infección, de la cual es importante conocer sus signos y síntomas.

Objetivo

Herramientas para identificar signos de infección en una herida, para promover la educación para la salud en el paciente y así minimizar los riesgos de hospitalización, y favorecer una pronta recuperación.

P.E.L.I.G.R.O un nuevo acrónimo para reconocer los síntomas de infección en una herida

Conclusiones

- Favorece al abordaje integral de la lesión.
- Ayuda a la prevención y rehabilitación de estas lesiones.
- Disminución de costes sanitarios.

Con este método no se pretende que el paciente diagnostique, si no que sea capaz de reconocer unos signos y síntomas específicos que sugieren que la herida empeora, poniéndose en contacto urgente con el personal sanitario.



P	Pus
E	Empalidecer
L	Líquido aumentado
I	Incremento del dolor
G	Grosor mayor de los bordes
R	Rojo alrededor de la herida
O	Olor desagradable en la herida

Bibliografía

1. Jl AL-M, Conde-Montero E, Jc Á-V, Berenguer-Rodríguez JJ, Galindo CA, Blasco-Gil S, et al. Un nuevo acrónimo para la detección precoz de complicaciones por parte de pacientes con heridas crónicas [Internet]. E-rol.es. [citado el 12 de junio de 2023]. Disponible en: https://e-rol.es/wp-content/uploads/2021/10/P.E.L.I.G.R.O.-Un-nuevo-acronimo-para-la-deteccion-precoz.pdf
2. Acevedo GP, Torra-Bou JE. Epidemiología y tratamiento de las complicaciones cutáneas de gastrostomías en pacientes pediátricos [Internet]. Heridasycicatrizacion.es. [citado el 12 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.heridasycicatrizacion.es/images/site/2020/03_SEPTIEMBRE_2020/3_ArtOriginal_SEHER_10.3.pdf
3. "DOMINATE". ACRONYM SUPPORT IN WOUND ASSESSMENT. "DOMINATE". ACRÓNIMO DE APOYO EN LA VALORACIÓN DE HERIDAS [Internet]. Anedidic.com. [citado el 12 de junio de 2023]. Disponible en: https://anedidic.com/descargas/editorial/cientifica/29/dominante_valoracion_de_heridas_editorial.pdf

Resumen: Destacar la importancia de la educación para la salud en el cuidado de heridas, para promover la independencia del paciente.

Resulta fácil hablar de los signos de infección, por ejemplo cuando un paciente recibe el alta hospitalaria tras una apendicectomía, se le recomienda siempre vigilar estos síntomas y signos, ¿pero como va a reconocerlos si no tiene formación sanitaria? Nosotros hablamos de algunas herramientas que pueden ser empleadas tanto por el personal sanitario como por los propios pacientes para reconocer la sintomatología del proceso infeccioso de una herida. Se trata del acrónimo P.E.L.I.G.R.O. (pus, empalidecer, liquido, grosor, rojez, olor).

Este tipo de herramientas ayuda a involucrar al paciente en el cuidado de su herida, favorece a una rápida actuación por parte del personal sanitario y ademas se pueden reducir el numero de ingresos hospitalarios y así reducir el coste de los mismos.

Palabras Clave: Heridas y lesiones, Infección persistente, Servicios preventivos de salud

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Desde los inicios de la humanidad, las heridas han sido una alteración de la salud que siempre han tenido lugar. Debemos saber que la piel es el órgano más grande del cuerpo humano y que constituye la barrera que nos separa del medio externo, por lo que está constantemente expuesta a agresiones, que producen la lesión de capas como la epidermis y dermis, dando lugar a lo que denominamos herida.

Este órgano tiene un mecanismo eficaz para restaurar la integridad tisular, aunque este proceso puede verse interrumpido por infecciones que dan lugar a heridas de difícil cicatrización pudiendo convertirse en heridas crónicas.

Objetivos:

Que el ciudadano pueda identificar signos de infección en una herida para favorecer la temprana actuación ante el proceso infeccioso e involucrarlo en el cuidado de la herida, para así minimizar los riesgos de este proceso y favorecer una pronta recuperación.

Material y Método:

Se ha demostrado que la evaluación periódica de la herida conlleva al diagnóstico precoz de complicaciones en esta. Además, ayuda a los profesionales sanitarios detectar la presencia de tejido no viable en la herida, el control de la maceración perilesional o la adecuación de los bordes de la herida y por ende reducir los riesgos de infección. De ahí nace el nuevo acrónimo PELIGRO, que ha sido utilizado para reconocer los síntomas de infección en una herida. El objetivo de esta herramienta es involucrar al paciente a la hora del cuidado de una herida a través de la autoevaluación.

Obviamente, con este método no se pretende que el paciente diagnostique, si no que sea capaz de reconocer unos signos y síntomas específicos que sugieren que la herida empeora, poniéndose en contacto urgente con el personal sanitario.

Resultados y Conclusiones:

- Favorece al abordaje integral de la lesión.

- Ayuda a recién graduados y profesionales no habituados a la prevención y rehabilitación de estas lesiones, ayudándoles a mantener un orden correcto en su actuación.

- Incrementa la visión preventiva y rehabilitadora de la salud, una herramienta que redunda la visión holística profesional, diminuyendo así costes sanitarios.

Bibliografía

1.- Jl AL-M, Conde-Montero E, Jc Á-V, Berenguer-Rodríguez JJ, Galindo CA, Blasco-Gil S, et al. Un nuevo acrónimo para la detección precoz de complicaciones por parte de pacientes con heridas crónicas [Internet]. E-rol.es. [citado el 12 de junio de 2023]. Disponible en: https://e-rol.es/wp-content/uploads/2021/10/P.E.L.I.G.R.O.-Un-nuevo-acronimo-para-la-deteccion-precoz.pdf

2.- Acevedo GP, Torra-Bou JE. Epidemiología y tratamiento de las complicaciones cutáneas de gastrostomías en pacientes pediátricos [Internet]. Heridasycicatrizacion.es. [citado el 12 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.heridasycicatrizacion.es/images/site/2020/03_SEPTIEMBRE_2020/3_ArtOriginal_SEHER_10.3.pdf

3.- “DOMINATE”. ACRONYM SUPPORT IN WOUND ASSESSMENT. “DOMINATE”. ACRÓNIMO DE APOYO EN LA VALORACIÓN DE HERIDAS [Internet]. Anedidic.com. [citado el 12 de junio de 2023]. Disponible en: https://anedidic.com/descargas/editorial/cientifica/29/dominante_valoracion_de_heridas_editorial.pdf

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 109

Hidatidosis o Quiste hidatídico

Torija Rodríguez, Ana
Piña Mena, Ana Eva
Díaz Plaza, Almudena
Camacho Reche, María Felisa

HIDATIDOSIS O QUISTE HIDATÍDICO



INTRODUCCIÓN

La hidatidosis o quiste hidatídico es una enfermedad parasitaria grave provocada por larvas de un gusano, debido a la ingesta de alimentos contaminados con excremento de perro.
Los síntomas dependen del órgano afectado; en quistes hepáticos puede causar dolor abdominal o un tumor palpable e ictericia en caso de la obstrucción de los conductos biliares. La rotura de los quistes puede causar urticaria, fiebre y hasta reacciones anafilácticas graves.
El diagnostico para estos casos son:
- Estudios de dx por imágenes (TAC, RM y Ecografías)
- Examen del liquido del quiste
- Pruebas serológicas

El tratamiento puede variar según el tipo, ubicaciones y numero de quistes, suele ser:
- Observación
- Aspiración percutánea
- Albendazol solo o en combinación con resección quirúrgica
- Intervención quirúrgica.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Antecedentes personales:
Alergias no conocidas. DM, dislipemia, obesidad, HTA.

Enfermedad actual:
Varón de 67 años que refiere de hace 4 días tras realizar un esfuerzo físico al mover un frigorífico, presentar dolor dorsal derecho con características mecánicas. Ha estado usando AINES tópicos sin resultado; visto por MAP, se recomienda reposo y calor local, consultar con fisioterapeuta y pautado AINE oral (Naproxeno 550mg) + relajante muscular (Robaxin 500mg) y revisión en 7 días.
Próxima revisión: El paciente vuelve a acudir a consulta, comenta que no ha mejorado con el tratamiento pautado. Se muestra una tumoración dorsal que ha presentado un aumento importante de tamaño; MAP deriva a SUH del Hospital para valoración con pruebas complementarias; en SUH se decide pautar tratamiento antibiótico con Amoxicilina-clavulanico y realizar pruebas complementarias.
En 3 días vuelve a acudir a SUH y se realiza ecografía y TAC sin contraste, obteniendo como resultados: absceso región dorso-lumbar derecha que comunica con absceso hepático en reloj de arena. Se decide derivar a cirugía general, dando como tratamiento y posible resolución, drenado de absceso y dejando al paciente un drenaje tipo penrose con bolsa colectiva.
El paciente finalmente evoluciona de manera favorable y es dado de alta con el siguiente tratamiento:
- Antibioterapia con Augmentine de 1g cada 8h.
- Analgésicos habituales si presenta dolor.
- Control evolutivo por médico de familia y DUE y revisión en consulta.
- Si fiebre mas de 38ºC o empeoramiento clínico volver a acudir a SUH.

Consulta de enfermería en su Centro de Salud a las 48h:
- Vaciado de bolsa del drenaje con cuantía de cantidad.
- Cura de ostomía y de la piel perilesional (se aplica oxido de Zinc para proteger piel sana) y cambio de bolsa
- Enseñanza a paciente y familiar al cambiar la bolsa en domicilio en caso de ser necesario.
- Educación sobre los posibles riesgos de infección.

PLAN DE ENFERMERÍA

NANDA	NOC	NIC
Dolor agudo (00132)	1605- Control del dolor 2102- Nivel del dolor 3016- Satisfacción del paciente/usuario: manejo del dolor 2109- Nivel de malestar	2210- Administración de analgésicos 2304- Administración de medicación: oral 2380- Manejo de la medicación 1410- Manejo del dolor 6650- Vigilancia
Deterioro de la integridad cutánea (00046)	1102- Curación de la herida 1605- Control del dolor	3660- Cuidados de las heridas 3440- Cuidados del sitio de incisión. 3590- Vigilancia de la piel
Riesgo de infección (00004)	0703- Estado infeccioso 0703- Severidad de la infección 3001- Satisfacción del paciente/usuario: cuidados	6550- Protección contra las infecciones 3540- Mantener la piel intacta y libre de lesiones 6540- Control de infecciones
Riesgo de lesión (00035)	1902- Control del riesgo	6610- Identificación de riesgos 6580- Sujeción física 6650- Vigilancia: seguridad
Manejo efectivo del régimen terapéutico (00082)	2605- Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional 1608- Control de síntomas	5510- Educación para la salud 5618- Enseñanza: procedimiento/tratamiento

DISCUSIÓN:

La hidatidosis es una paratosis de distribución universal cuyo huésped definitivo es el perro y es asintomática en ellos, por lo tanto es más difícil saber qué animales están afectados. Puede transmitirse al hombre al ingerir alimentos o agua contaminados por las heces de éste, con lo cual es una manera de transmisión muy fácil y rápida.
Cada vez son más, los casos que se ven en España; la cual se encuentra entre los países europeos con mayor incidencia de esta enfermedad en los humanos. Durante 2019 se notificaron 49 casos, en 2020, 34 casos y en 2021 fueron 17 casos los informados.
En los años 80, se pusieron en marcha programas de control y erradicación de hidatidosis, basándose fundamentalmente en desparasitación y profilaxis en perros, control de vísceras en mataderos, eliminación correcta de cadáveres en el campo e información a los profesionales y al público.
Debido al gasto sanitario y a las cuantiosas pérdidas en la producción animal que origina la enfermedad es necesario su conocimiento para la adopción de medidas preventivas que permitan el control. La prevención de ésta es sencilla ya que el único método alcanzable a todas las personas es el adecuado lavado de manos tras tocar un animal, lavar bien frutas y verduras, y todos aquellos animales que se tengan en propiedad, como ya se ha comentado anteriormente, que estén bien desparasitados y vacunados; métodos sencillos y adaptables a cualquier persona.

CONCLUSIÓN:

Nuestro paciente ha sido un cazador con pertenencia de perros, los cuales en ocasiones no han sido desparasitados ya que no están en su domicilio, sino en una finca, y él no le daba importancia a su desparasitación puesto que no lo consideraba necesario, ya que los animales estaban solos.
En estos momento el paciente continua con tratamiento y un drenaje puesto con bolsa colectora, realizándose diariamente el vaciado de bolsa y cada 3 días el cambio de ésta, si no es necesario realizarlo antes porque tenga algún tipo de incidencia; con revisión a médico de cabecera, enfermería y consulta de cirugía y con altas probabilidades de someterse a una intervención para dar solución al problema. He aquí el resultado del drenaje.





Esta enfermedad, no es muy común, por lo tanto la población en general no piensa en la repercusión que puede tener y que en ocasiones puede llegar a ser mas grave de lo que se prevé, como le ha pasado a nuestro paciente.
Con ello podemos llegar a la conclusión de que no es una enfermedad de curación rápida, que requiere mucho coste sanitario por la constante realización de curas y posible cirugía; y afectación psicológica del paciente y familiares por el continuo seguimiento y cuidado.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Manuales MSD Profesionales. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es-es/professional
2. Articulo Quiste hidatídico hepático. Agosto 2003. Autor: German Gomez. Disponible en: www.scielo.org
3. Elsevier. Diagnosticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2021-2023. Autor: T. Heather Herdman & NANDA International & Shigemi Kamitsuru
4. Red Nacional de Vigilancia Epidemiologia. Disponible en: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/Paginas/default.aspx

AUTORES:

Ana Torija Rodríguez, Ana Eva Piña Mena, Almudena Díaz Plaza y María Felisa Camacho Reche

Resumen: La hidatidosis es un tipo de enfermedad parasitaria la cual no está integrada en la sociedad y apenas es conocida y puede llegar a ser muy perjudicial para la salud de las personas, ya que la manera de propagarse más rápida y fácil es a través de los perros, los cuales son animales que los tenemos diariamente en nuestro entorno y convivimos con ellos.

Hay que hacer llegar a todas las personas a través de este caso la importancia de una buena desparasitación de nuestros animales y sobre todo la higiene diaria que tenemos que tener cada uno de nosotros.

Palabras Clave: Hidatidosis, Desparasitación, Enfermedad

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La hidatidosis o quiste hidatídico es una enfermedad parasitaria grave provocada por larvas de un gusano, debido a la ingesta de alimentos contaminados con excremento de perro.

Los síntomas dependen del órgano afectado, en quistes hepáticos puede causar dolor abdominal o un tumor palpable e ictericia en caso de la obstrucción de los conductos biliares. La rotura de los quistes puede causar urticaria, fiebre y hasta reacciones anafilácticas graves.

El diagnóstico para estos casos son:

- TAC, RM y Ecografías
- Examen del líquido del quiste.
- Pruebas serológicas.

El tratamiento puede variar según el tipo, ubicaciones y numero de quistes, suele ser:

- Observación
- Aspiración percutánea
- Albendazol solo o en combinación con resección quirúrgica
- Intervención quirúrgica.

Observación Clínica:

Antecedentes personales:

Alergias no conocidas. DM, dislipemia, obesidad, HTA.

Enfermedad actual:

Varón de 67 años que refiere de hace 4 días tras realizar un esfuerzo físico al mover un frigorífico, presentar dolor dorsal derecho con características mecánicas. Ha estado usando AINES tópicos

sin resultado; visto por MAP, se recomienda reposo y calor local, consultar con fisioterapeuta y pautado AINE oral + relajante muscular y revisión en 7 días.

Próxima revisión: El paciente vuelve a acudir a consulta, comenta que no ha mejorado con el tratamiento pautado. Se muestra una tumoración dorsal que ha presentado un aumento importante de tamaño; MAP deriva a SUH del Hospital para valoración con pruebas complementarias; en SUH se decide pautar tratamiento antibiótico y realizar pruebas complementarias.

En 3 días vuelve a acudir a SUH y se realiza ecografía y TAC sin contraste, obteniendo como resultados: absceso región dorso-lumbar derecha que comunica con absceso hepático en reloj de arena. Se decide derivar a cirugía general, dando como tratamiento y posible resolución, drenado de absceso y dejando al paciente un drenaje tipo penrose con bolsa colectiva.

El paciente finalmente evoluciona de manera favorable y es dado de alta con el siguiente tratamiento:

- Antibioterapia con Augmentine 1g cada 8h.
- Analgésicos habituales si presenta dolor.
- Control evolutivo por médico de familia y DUE y revisión en consulta.
- Si fiebre mas de 38ºC o empeoramiento clínico volver a acudir a SUH.

Consulta de enfermería en su Centro de Salud a las 48h:

- Vaciado de bolsa del drenaje con cuantía de cantidad.
- Cura de ostomía y de la piel perilesional y cambio de bolsa
- Enseñanza a paciente y familiar al cambiar la bolsa en domicilio en caso de ser necesario.
- Educación sobre los posibles riesgos de infección

Plan de Cuidados Enfermeros:

Se realizó una valoración enfermera según los patrones funcionales de M. Gordon, para elaborar el plan de cuidados ajustado al caso clínico mediante la taxonomía NANDA, NIC y NOC de los problemas registrados

Discusión:

La hidatidosis es una parasitosis de distribución universal cuyo huésped definitivo es el perro y es asintomática en ellos, por lo tanto es más difícil saber qué animales están afectados. Puede transmitirse al hombre al ingerir alimentos o agua contaminados por las heces de éste, con lo cual es una manera de transmisión muy fácil y rápida.

Cada vez son más, los casos que se ven en España; la cual se encuentra entre los países europeos con mayor incidencia de esta enfermedad en los humanos. Durante 2019 se notificaron 49 casos, en 2020, 34 casos y en 2021 fueron 17 casos los informados.

En los años 80, se pusieron en marcha programas de control y erradicación de hidatidosis, basándose fundamentalmente en desparasitación y profilaxis en perros, control de vísceras en mataderos, eliminación correcta de cadáveres en el campo e información a los profesionales y al público.

Debido al gasto sanitario y a las cuantiosas pérdidas en la producción animal que origina la enfermedad es necesario su conocimiento para la adopción de medidas preventivas que permitan el control. La prevención de ésta es sencilla ya que el único método alcanzable a todas las personas es el adecuado lavado de manos tras tocar un animal, lavar bien frutas y verduras, y todos aquellos animales que se tengan en propiedad, como ya se ha comentado anteriormente, que estén bien desparasitados y vacunados; métodos sencillos y adaptables a cualquier persona.

Conclusión:

Nuestro paciente ha sido un cazador con pertenencia de perros, los cuales en ocasiones no han sido desparasitados ya que no están en su domicilio, sino en una finca, y él no le daba importancia a su desparasitación puesto que no lo consideraba necesario, ya que los animales estaban solos.

En estos momentos el paciente continua con tratamiento y un drenaje puesto con bolsa colectora, realizándose diariamente el vaciado de bolsa y cada 3 días el cambio de ésta, si no es necesario realizarlo antes porque tenga algún tipo de incidencia; con revisión a médico de cabecera, enfermería y consulta de cirugía y con altas probabilidades de someterse a una intervención para dar solución al problema. He aquí el resultado del drenaje.

Esta enfermedad, no es muy común, por lo tanto la población en general no piensa en la repercusión que puede tener y que en ocasiones puede llegar a ser más grave de lo que se prevé, como le ha pasado a nuestro paciente.

Con ello podemos llegar a la conclusión de que no es una enfermedad de curación rápida, que requiere mucho coste sanitario por la constante realización de curas y posible cirugía; y afectación psicológica del paciente y familiares por el continuo seguimiento y cuidado.

Bibliografía

1.- Manuales MSD Profesionales. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es-es/professional

2.- Articulo Quiste hidatídico hepático. Agosto 2003. Autor: German Gomez. Disponible en: www.scielo.org

3.- Elsevier. Diagnosticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2021-2023. Autor: T. Heather Herdman & NANDA International & Shigemi Kamitsuru

4.- Red Nacional de Vigilancia Epidemiologia. Disponible en: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/Paginas/default.aspx

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 110

Hidroterapia durante el trabajo de parto

Pulgarín Pulgarín, Beatriz
Bravo Vaquero, Carolina
Laderas Díaz, Estíbaliz

Hidroterapia durante el trabajo de parto.

Beatriz Pulgarín Pulgarín
Carolina Bravo Vaquero
Estíbaliz Laderas Díaz



INTRODUCCIÓN

Cada gestante, presenta una vivencia frente al dolor, pues este depende de factores físicos, psicológicos, emocionales, culturales y ambientales. Es importante generar en las gestantes seguridad para afrontar este momento, así como explicarles las diferentes alternativas que tienen para afrontar el dolor.

Existen números métodos para aliviar el dolor, este estudio, se va a centrar en la inmersión en agua caliente, para ello se realizará una revisión bibliográfica con el objetivo de analizar los beneficios y riesgos que derivan de la inmersión en agua caliente durante el trabajo de parto.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO:

Analizar los beneficios que derivan de la inmersión en agua caliente durante el trabajo de parto activo, dilatación y expulsivo.

MÉTODO

Se ha realizado una búsqueda de artículos primarios en las principales bases de datos: Pubmed, Chocrhane Library, Dialnet, Scielo, Cuiden. Seleccionando artículos que procedan de publicaciones académicas que hayan sido revisadas y excluyendo aquellos estudios que no estuvieran disponibles a texto completo, así como que el idioma fuera diferente al castellano o inglés. Para realizar la búsqueda, se ha utilizado como palabras claves: "inmersión en agua caliente", "parto", "inmersión in water", "labour", "delivery".

RESULTADO

Para realizar la revisión, se ha contado con artículos primarios, que tienen como intervención la inmersión en agua caliente, en comparación con la no inmersión en agua durante el trabajo de parto. No se comparó con ningún otro método de alivio del dolor.

La calidad de los mismos de acuerdo a la escala ROB 2.0 (1) para ensayos clínicos es moderada.

En estos estudios (2,3), se analizaron los beneficios que aporta la inmersión en agua durante el parto, entre ellos se encuentran que el confort en las mujeres que utilizan la hidroterapia como alivio del dolor, así como menor percepción del dolor, y por lo tanto disminuye el número de mujeres que solicitan analgesia epidural.

En cuanto a resultados perinatales, no se han visto resultados adversos, al igual que tampoco se han observado diferencias en el número de recién nacidos que ingresan en unidad de cuidados intensivos neonatales (3). No se ha observado diferencias en el tipo de parto (eutócico, instrumental o por cesárea) o en los desgarros de grado. Si sería importante, al igual que con otros procedimientos o técnicas, que en los hospitales o casas de parto en los que se ofrezca la inmersión en agua caliente como método de alivio del dolor, cuenten con protocolos que garanticen condiciones de seguridad, seleccionen las gestantes que pueden ser candidatas, en caso de desearlo, para este tipo de analgesia, cómo realizar la monitorización cardiotocográfica en este caso y cómo se realiza el mantenimiento y limpieza de las bañeras, contando con procedimientos de control. (3)

CONCLUSIONES

Según los artículos publicados hasta el momento, en base a los que se ha realizado esta revisión, se concluye que aquellas mujeres con una gestación de bajo riesgo, que cumplan con los requisitos que se requieren para realizar la inmersión en agua durante el trabajo de parto pueden obtener beneficios como mayor confort, buen alivio del dolor, así como menor predisposición a utilizar la analgesia epidural, en especial cuando la inmersión tiene lugar durante la primera fase del parto. En cuanto al tipo de parto, no tienen mayor o menos riesgo de que el parto sea vaginal, instrumental o por cesárea. Así como no hay evidencia de que tenga efectos adversos en el recién nacido. Sin embargo, los estudios en los que están basados estas revisiones son de validez limitada. Por lo que sería necesario más estudios y de mejor calidad que continuaran con esta línea de investigación.

REFERENCIAS

(1) Sterne, Jonathan AC, et al. "RoB 2: una herramienta revisada para evaluar el riesgo de sesgo en ensayos aleatorios". BMW 366 (2019).

(2) Cluett ER, Burns E, Cuthbert A. Inmersión en agua durante el trabajo de parto y el parto. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas 2018, número 5. Art. No .: CD000111. DOI: 10.1002 / 14651858.CD000111.pub4. Consultado el 12 de octubre de 2021.

(3) American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn; American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice. Immersion in water during labor and delivery. Pediatrics. 2014 Apr;133 (4):758-61.

Resumen: Introducción: Cada gestante, presenta una vivencia frente al dolor. Es importante alternativas para afrontar el dolor. Objetivos: analizar beneficios y riesgos de la inmersión en agua caliente. Metodología: Se ha realizado una búsqueda de artículos primarios en las principales bases de datos. Resultados: la inmersión en agua durante el parto mejora el confort, disminuye la percepción del dolor y el número de mujeres que solicitan analgesia epidural. No se han observado riesgos. Conclusión: Las mujeres con una gestación de bajo riesgo, que cumplan con los requisitos para realizar la inmersión en agua durante el trabajo de parto pueden obtener beneficios.

Palabras Clave: Inmersión In Water, Labour, Delivery

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

A lo largo del embarazo, las mujeres reflexionan sobre cómo les gustaría que fuera su parto, en este momento aparecen miedos e inseguridades relacionados con las discrepancias que pueden aparecer entre la realidad y lo esperado, así como miedo al dolor durante los pródromos y el parto en curso. Cada gestante, presenta una vivencia frente al dolor, pues este depende de factores físicos, psicológicos, emocionales, culturales y ambientales. Es importante generar en las gestantes seguridad para afrontar este momento, así como explicarles las diferentes alternativas que tienen para afrontar el dolor.

Actualmente, son muchos los hospitales que están involucrados con una atención al parto de manera más humanizada y con mayor participación activa por parte de la gestante en el proceso. Existen números métodos para aliviar el dolor, este estudio, se va a centrar en la inmersión en agua caliente, para ello se realizará una revisión bibliográfica con el objetivo de analizar los beneficios y riesgos que derivan de la inmersión en agua caliente durante el trabajo de parto.

Objetivos:

Analizar los beneficios que derivan de la inmersión en agua caliente durante el trabajo de parto activo, dilatación y expulsivo. Así como, analizar los posibles riesgos derivadores de esta práctica para el alivio del dolor.

Material y Métodos:

Se ha realizado una búsqueda de artículos primarios en las principales bases de datos: Pubmed, Chocrhane Library, Dialnet, Scielo, Cuiden. Seleccionando artículos que procedan de publicaciones académicas que hayan sido revisadas y excluyendo aquellos estudios que no estuvieran disponibles a texto completo, así como que el idioma fuera diferente al castellano o inglés. Para realizar la búsqueda, se ha utilizado como palabras claves: “inmersión en agua caliente”, “parto”, “inmersión in water”, “labour”, “delivery”.

Resultados:

Para realizar la revisión, se ha contado con artículos primarios, que tienen como intervención la inmersión en agua caliente, en comparación con la no inmersión en agua durante el trabajo de parto. No se comparó con ningún otro método de alivio del dolor. La calidad de los mismos de acuerdo a la escala ROB 2.0 (1) para ensayos clínicos es moderada.

En estos estudios (2,3), se analizaron los beneficios que aporta la inmersión en agua durante el parto, entre ellos se encuentran que el confort en las mujeres que utilizan la hidroterapia como alivio del dolor, así como menor percepción del dolor, y por lo tanto disminuye el número de mujeres que solicitan analgesia epidural. En cuanto a resultados perinatales, no se han visto resultados adversos, al igual que tampoco se han observado diferencias en el número de recién nacidos que ingresan en unidad de cuidados intensivos neonatales (3). No se ha observado diferencias en el tipo de parto (eutócico, instrumental o por cesárea) o en los desgarros de grado.

Si sería importante, al igual que con otros procedimientos o técnicas, que en los hospitales o casas de parto en los que se ofrezca la inmersión en agua caliente como método de alivio del dolor, cuenten con protocolos que garanticen condiciones de seguridad, seleccionen las gestantes que pueden ser candidatas, en caso de desearlo, para este tipo de analgesia, cómo realizar la monitorización cardiotocográfica en este caso y cómo se realiza el mantenimiento y limpieza de las bañeras, contando con procedimientos de control. (3)

Conclusión:

Según los artículos publicados hasta el momento, en base a los que se ha realizado esta revisión, se concluye que aquellas mujeres con una gestación de bajo riesgo, que cumplan con los requisitos que se requieren para realizar la inmersión en agua durante el trabajo de parto pueden obtener beneficios como mayor confort, buen alivio del dolor, así como menor predisposición a utilizar la analgesia epidural, en especial cuando la inmersión tiene lugar durante la primera fase del parto. En cuanto al tipo de parto, no tienen mayor o menos riesgo de que el parto sea vaginal, instrumental o por cesárea. Así como no hay evidencia de que tenga efectos adversos en el recién nacido. Sin embargo, los estudios en los que están basados estas revisiones son de validez limitada. Por lo que sería necesario más estudios y de mejor calidad que continuaran con esta línea de investigación.

Bibliografía

1.- Sterne, Jonathan AC, et al. "RoB 2: una herramienta revisada para evaluar el riesgo de sesgo en ensayos aleatorios". BMW 366 (2019).

2.- Cluett ER, Burns E, Cuthbert A. Inmersión en agua durante el trabajo de parto y el parto. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas 2018, número 5. Art. No .: CD000111. DOI: 10.1002 / 14651858.CD000111.pub4. Consultado el 12 de octubre de 2021.

3.- American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn; American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice. Immersion in water during labor and delivery. Pediatrics. 2014 Apr;133 (4):758-61.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 111

Hospitalización en Tiempos de Covid detección Precoz de Agorafobia

Romo Gallego, Gema
Arteaga Carrasco, David
Fernández Izquierdo, Mª Pilar
González Madrid, Pilar
Barrilero Salcedo, Mª Luisa
Valero Hernández, Lidia



HOSPITALIZACIÓN EN TIEMPOS DE COVID DETECCIÓN PRECOZ DE AGORAFOBIA

Autores: Gema Romo Gallego, David Arteaga Carrasco, Pilar González Madrid, Mª Pilar Fernández Izquierdo, Mª Luisa Barrilero Salcedo, Lidia Valero Hernández

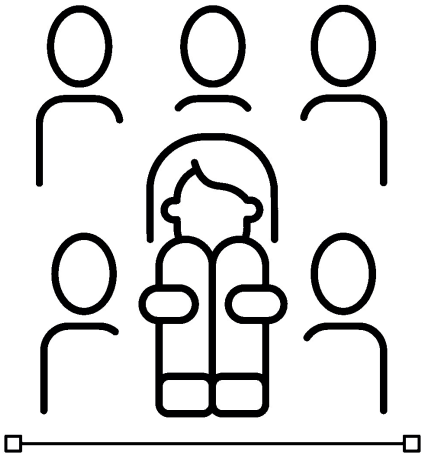
SATSE

INTRODUCCIÓN

Definición de agorafobia: Temor y ansiedad a quedar atrapado en situaciones o lugares en los que no hay vía de escape fácil, o en las que podría no disponerse de ayuda si se desarrolla una ansiedad intensa.

Tipos:
- Miedo a espacios abiertos.
- Miedo a espacios cerrados. Por ejemplo, habitaciones de hospital compartidas.
- Miedo al uso de medios de transporte.
- Miedo al centro de trabajo (ergofobia).

Entorno actual: La pandemia de la COVID-19 ha causado gran temor entre la población por ser muy contagiosa y provocar una ola de muertes a nivel mundial. Esto ha generado un gran impacto psicológico y como consecuencia, miedo al contacto con personas extrañas. En especial en espacios cerrados por el aumento de probabilidad de contagio.



OBJETIVOS

1. Dotar a los profesionales sanitarios de instrumentos (intervenciones enfermeras), para identificar y ayudar a controlar los síntomas iniciales:
aceleración de frecuencia cardíaca, sudoración, falta de aire, náuseas, mareo, escalofríos, parestesias entre otros.

2. Ofrecer al paciente información de las vías de atención especializada, para evitar consecuencias físicas, psicológicas y de relación con el entorno a largo plazo:
hipervigilancias → estrés → disminución de defensas, aumento de tensión arterial, diabetes, insuficiencia cardíaca etc.

MATERIAL Y MÉTODO

La búsqueda bibliográfica se realizó en las siguientes bases de datos: PubMed y Scielo.
Palabras clave: "trastornos de ansiedad", "cuidados de enfermería", "COVID-19" .

RESULTADOS

Para poder medir el nivel de ansiedad podemos utilizar la GAD-7 (Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada).
Se espera lograr:
1. Nivel bajo-moderado de ansiedad (GAD-7 de 0 a 14) : minimizar síntomas y ayudar a desarrollar conductas adaptativas.
2. Nivel grave de ansiedad (GAD-7 de 15 a 21):
- Corto plazo: garantizar la seguridad y disminuir la ansiedad.
- Largo plazo: control-curación con tratamiento especializado.

La Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada consta de 7 preguntas puntuables entre 0 y 3, siendo por tanto las puntuaciones mínima y máxima posibles de 0 y 21 respectivamente. Para evaluar los resultados obtenidos al contestar el cuestionario sus autores sugieren las siguientes puntuaciones, recomendándose la consulta con un profesional de la salud al obtener una puntuación de 10 o superior.

Puntos de corte	
0-4	No se aprecia ansiedad
5-9	Se aprecian síntomas de ansiedad leves
10-14	Se aprecian síntomas de ansiedad moderados
15-21	Se aprecian síntomas de ansiedad severos

	GAD-7	Nunca	Varios días	La mitad de los días	Casi cada día
1	Sentirse nervioso, ansioso, notar que se le ponen los nervios de punta.	○	○	○	○
2	No ser capaz de parar o controlar sus preocupaciones.	○	○	○	○
3	Preocuparse demasiado sobre diferentes cosas.	○	○	○	○
4	Dificultad para relajarse.	○	○	○	○
5	Estar tan desasosegado que le resulta difícil parar quieto.	○	○	○	○
6	Sentirse fácilmente disgustado o irritable.	○	○	○	○
7	Sentirse asustado como si algo horrible pudiese pasar.	○	○	○	○

CONCLUSIONES

La agorafobia es una enfermedad que debe ser diagnosticada y tratada a tiempo, para evitar un impacto negativo en la salud mental, que a su vez estimula morbilidades asociadas.

Los sanitarios fuera del ámbito de Salud Mental, carecen de información suficiente sobre problemas mentales y su abordaje. Por esto es necesario implantar un programa educativo, que nos ayude a identificar enfermedades silentes (detección precoz), control inicial de síntomas y derivación a atención especializada si fuera necesario.

BIBLIOGRAFÍA

- Spitzer, R. L.; Kroenke, K.; Williams, J. B. W.; Löwe, B.: A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. Archives of Internal Medicine 2006; 166(10):1092–1097. http://EspectroAutista.Info/tests/emotividad/bienestaremocional/GAD7
- Mejia-Zambrano H., Ramos-Calsín L.: Prevalencia de los principales trastornos mentales durante la pandemia por Covid-19. Revista de Neuro-Psiquiatría [Internet]. 21mar.2022 [citado 2jun.2023];85(1):72-. Available from: https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/4157
- Regalado-Chamorro M., Medina-Gamero A., Rosario-Pacahuela E.: Agorafobia en tiempos de confinamiento: ¿Miedo a perder el control?. Aten Primaria,2021-11-01, Volumen 53, Número 9, Artículo 10215
- Iglesias Moya J; López-Carmona PL.: La ansiedad por hospitalización. Revista Electrónica de PortapapelesMédicos.com. 14 noviembre,2015. Disponible en: https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/ansiedad-por-hospitalizacion/

Resumen: La pandemia de la Covid-19 ha causado un gran temor entre la población por ser muy contagiosa y provocar una ola de muertes a nivel mundial. Esta revisión se hace en base a detectar en los pacientes hospitalizados, miedo a compartir habitación con extraños (agorafobia). Este trastorno de ansiedad puede tener graves consecuencias físicas y psicológicas. Por eso creemos que es necesario implantar programas educativos entre el personal de enfermería; que nos ayudarán a disponer de herramientas de detección precoz, control inicial de síntomas y derivación a atención especializada si fuese necesario.

Palabras Clave: Trastornos de ansiedad, Cuidados de enfermería, COVID-19.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La OMS define agorafobia como temor y ansiedad a quedar atrapado en situaciones o lugares en los que no hay vía de escape fácil o en las que podría no disponerse de ayuda si se desarrolla una ansiedad intensa.

Tipos de agorafobia:

1. Miedo a espacios abiertos: grandes avenidas, recintos deportivos al aire libre, etc.

2. Miedo a espacios cerrados: cines, centros comerciales, ascensores, **habitaciones de hospital,** etc.

3. Miedo al uso de medios de transporte: trenes, metro, autobús, etc.

4. Miedo al centro de trabajo (ergofobia).

En los últimos años, la pandemia de la COVID-19 ha causado gran temor entre la población por ser muy contagiosa y provocar una ola de muertes a nivel mundial. Esto ha generado un gran impacto psicológico y como consecuencia, miedo sobre todo al contacto con personas extrañas. En especial en espacios cerrados por el aumento de la probabilidad de contagio.

Objetivos:

Los objetivos principales de esta revisión bibliográfica son:

1. Dotar a los profesionales sanitarios de instrumentos (Intervenciones enfermeras), para identificar y ayudar a controlar los síntomas iniciales: aceleración de frecuencia cardíaca, sudoración, falta de aire, náuseas, mareo, escalofríos, parestesias entre otros.

2. Ofrecer al paciente información de las vías de atención especializada, para evitar consecuencias físicas, psicológicas y de relación con el entorno a largo plazo: hipervigilancia que podría generar estrés, con efectos negativos como bajada de defensas, aumento de tensión arterial, diabetes, insuficiencia cardíaca etc.

Material y Método:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: PubMed y Scielo.

Palabras clave: “trastornos de ansiedad”, “cuidados de enfermería” y “COVID-19”

Resultados:

Para poder medir el nivel de ansiedad podemos utilizar la GAD-7 (Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada)

La GAD-7 consta de 7 preguntas puntuables entre 0 y 3, siendo por tanto las puntuaciones mínima y máxima posibles de 0 y 21 respectivamente. Recomendándose la consulta con un profesional de la salud al obtener una puntuación de 10 o superior.

Se espera poder ayudar al paciente según el nivel de angustia que experimente:

1. Nivel bajo-moderado de ansiedad (GAD-7 de 0-14): nuestras actuaciones irán dirigidas a minimizar síntomas y a ayudar a desarrollar conductas adaptativas.

2. Nivel grave de ansiedad (GAD-7 de 15-21): a corto plazo, las actuaciones enfermeras irán orientadas hacia la seguridad del paciente y disminuir la ansiedad. Y a largo plazo, nuestras intervenciones tendrán como objetivo el control y curación con tratamiento especializado.

Conclusiones:

La agorafobia es una enfermedad que debe ser diagnosticada y tratada a tiempo, para evitar un impacto negativo en la salud mental, que a su vez estimula morbilidades asociadas.

Los sanitarios fuera del ámbito de Salud Mental, carecen de información suficiente sobre problemas mentales y su abordaje. Por esto es necesario implantar un programa educativo, que nos ayude a identificar enfermedades silentes (detección precoz), control inicial de síntomas y derivación a atención especializada si fuera necesario.

Bibliografía

1.- Spitzer, R. L.; Kroenke, K.; Williams, J. B. W.; Löwe, B.: A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. Archives of Internal Medicine 2006; 166(10):1092–1097. http://EspectroAutista.Info/tests/emotividad/bienestar-emocional/GAD7

2.- Mejía-Zambrano H., Ramos-Calsín L.: Prevalencia de los principales trastornos mentales durante la pandemia por Covid-19. Revista de Neuro-Psiquiatría [Internet]. 21mar.2022 [citado 2jun.2023];85(1):72-. Available from: https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/4157

3.- Regalado-Chamorro M., Medina-Gamero A., Rosario-Pacahuela E.: Agorafobia en tiempos de confinamiento: ¿Miedo a perder el control?. Aten Primaria,2021-11-01, Volumen 53, Número 9, Artículo 102150.

4.- Iglesias Moya J; Lopez-Carmona PL.: La ansiedad por hospitalización. Revista Electrónica de PortapapelesMédicos.com. 14 noviembre,2015. Disponible en: https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/ansiedad-por-hospitalizacion/

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 112

Humanización de la atención sanitaria en personas con discapacidad intelectual y del desarrollo dentro de la consulta de enfermería.

Herramientas en lectura fácil

Camacho Sánchez, Ana María

Humanización de la atención sanitaria en personas con discapacidad intelectual y del desarrollo dentro de la consulta de enfermería. Herramientas en lectura fácil

AUTOR: Camacho Sanchez, Ana Maria (Enfermera en centro residencial de PCDID)

INTRODUCCIÓN

La ***humanización de la atención sanitaria*** busca la finalidad de realizar un abordaje integral del paciente al que atendemos. Independientemente de la condición, cultura o cualquier circunstancia que rodee a la persona. Buscando una mejor calidad de la atención y cuidado como profesionales sanitarios.

Dentro de las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo (PCDID) es muy importante una atención humanizada, ya que presentan muchas dificultades dentro de los distintos ambientes sanitarios, los cuales son bastante necesarios dentro de su vida. Una de las principales complicaciones a las que se enfrentan, es la dificultad de comunicación y comprensión dentro de las consultas sanitarias.

El **objetivo** de nuestro trabajo es contribuir a la humanización de la atención sanitaria desde la perspectiva de las personas discapacidad intelectual y del desarrollo. Dando al profesional herramientas a utilizar para una mejora de la comunicación y compresión dentro de las consultas de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una revisión bibliográfica, en base a datos recogidos a través de Google académico y fundaciones relacionadas con la discapacidad intelectual.

- *Criterios de inclusión:* Artículos que contenían herramientas sanitarias en lectura fácil.
- *Criterios de exclusión:* Artículos que no contenían herramientas centradas en la salud y las PCDID.
- Tras una primera búsqueda se encontraron 15 fuentes bibliográficas, de las cuales tras lectura crítica se seleccionaron 5.
- *Población diana*: Profesionales de enfermería.
- *Palabras claves*: Discapacidad intelectual *(Intellectual Disability*), Humanización de la atención (Humanization of Assistance) y Ayudas de comunicación para discapacitados (Communication Aids for Disabled).

RESULTADOS

La **lectura fácil(LF)** es una herramienta de accesibilidad cognitiva, que permite a las personas llegar de una forma más accesible a la información.

Desde asociaciones y organismos relacionados con las PDID se han creado guías y documentos adaptados en lectura fácil y relacionados con la salud. Contienen pictogramas como son los *pictogramas ARASAAC*, usados muy frecuentemente en personas con trastorno del espectro autista como forma de comunicación. Estas guías y documentos están validados por las mismas PCDID, asegurando una buena adaptación para ellos.

A continuación, se exponen herramientas en LF de ayuda en las consultas de enfermería:

- **Panel del dolor ¿Dónde te duele y qué necesitas?:** Creado por una especialista en pedagogía terapéutica, que permite acercarnos a personas con comunicación nula o muy limitada, permitiendo localizar el dolor, y en muchas ocasiones expresar que necesitan a través de pictogramas.

- **El libro de la salud:** es una herramienta pensada para facilitar la comunicación dentro de ambientes sanitarios. Agrupa pictogramas sobre pruebas médicas, sintomatologías, consultas con especialistas. Incluso pictogramas relacionados con la pandemia por COVID. Distribuidos por colores, según la temática a tratar.

- **En plena forma:** Es una guía sobre bienestar físico y vida saludable, adaptada en lectura fácil para PCDID. Es una buena herramienta destinada a la educación para la salud desde las consultas de enfermería en atención primaria, centros residenciales y otros servicios.

- **Desde el Portal de Plena Inclusión, se recopilan guías sobre la salud en lectura fácil,** *Ej. documentos sobre depresión, epilepsia, prospectos de medicamentos en LF, diabetes, disfagia ….*







CONCLUSIONES

Es importante como profesionales sanitarios poder adaptarnos a todo tipo de pacientes, conociendo las distintas alternativas que tenemos en nuestra mano. La comunicación es primordial para poder dar una atención sanitaria de calidad. Por lo que este tipo de herramientas nos proporcionan ayuda a la hora de atender con PDID, entre las cuales es común las dificultades en comunicación y/o compresión por parte de la persona.

BIBLIOGRAFIA

- Carabal, I. Panel del dolor ¿Dónde te duele y qué necesitas? [Internet]. Valencia: Blog Avanzando con emociones. 2023, consultado en 2023. Disponible en: [EDITABLE] Panel del dolor - Avanzando con emociones
- March, J.C. Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios. Revista de calidad asistencial [Internet].2017 [consultado en 2023]. Vol. 32, 245- 247. Disponible en: Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios | Revista de Calidad Asistencial (elsevier.es)
- AFANIAS. El libro de la salud [Internet]. Madrid: FUDEN; 2018 [Consultado en 2023]. Disponible en: https://www.afanias.org/wp-content/uploads/2018/11/Libro-de-la-salud.pdf
- Plena Inclusión. Guías sobre salud en lectura fácil [Internet]. España: Plena Inclusión. Revisado en 2023. Disponible en: https://www.plenainclusion.org/noticias/guias-sobre-salud-en-lectura-facil/
- Plena Inclusión Extremadura. guía en plena forma [Internet]. Extremadura: Plena Inclusión Extremadura, 2019 [Consultado en 2023]. Disponible en: https://www.plenainclusion.org/publicaciones/buscador/en-plena-forma-guia-de-bienestar-fisico-y-vida-saludable-lectura-facil/

Resumen: Las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo (PCDID) suelen tener dificultades en la comunicación y/o compresión del lenguaje. Esto crea un gran problema dentro de los distintos ambientes sanitarios. En los últimos años, se viene desarrollando con mucho interés la humanización de la atención sanitaria, en lo que cobra gran importancia tipo de problemas que se presentan entre el profesional sanitario y el paciente con discapacidad intelectual. Existen herramientas disponibles en nuestras manos para poder abordar a este tipo de paciente de una manera integral, adaptarnos a él y sobre todo romper esa primera dificultad comunicativa o de compresión.

Palabras Clave: Discapacidad intelectual (Intellectual Disability), Humanización de la atención (Humanization of Assistance), Ayudas de comunicación para discapacitados (Communication Aids for Disabled)

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La ***humanización de la atención sanitaria*** busca la finalidad de realizar un abordaje integral del paciente al que atendemos. Independientemente de la condición, cultura o cualquier circunstancia que rodee a la persona. Buscando una mejor calidad de la atención y cuidado como profesionales sanitarios.

Dentro de las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo (PCDID) es muy importante una atención humanizada, ya que presentan muchas dificultades dentro de los distintos ambientes sanitarios, los cuales son bastante necesarios dentro de su vida. Una de las principales complicaciones a las que se enfrentan, es la dificultad de comunicación y comprensión dentro de las consultas sanitarias.

Objetivos:

El objetivo de nuestro trabajo es contribuir a la humanización de la atención sanitaria desde la perspectiva de las personas discapacidad intelectual y del desarrollo. Dando al profesional herramientas a utilizar para una mejora de la comunicación y compresión dentro de las consultas de enfermería.

Material y Métodos:

Se ha realizado una revisión bibliográfica, en base a datos recogidos a través de Google académico y fundaciones relacionadas con la discapacidad intelectual.

- *Criterios de inclusión*: Artículos que contenían herramientas sanitarias en lectura fácil.

- *Criterios de exclusión*: Artículos que no contenían herramientas centradas en la salud y las PCDID.

- Tras una primera búsqueda se encontraron 15 fuentes bibliográficas, de las cuales tras lectura crítica se seleccionaron 5.

- *Población diana*: Profesionales de enfermería.

Resultados:

La **lectura fácil (LF)** es una herramienta de accesibilidad cognitiva, que permite a las personas llegar de una forma más accesible a la información.

Desde asociaciones y organismos relacionados con las PDID se han creado guías y documentos adaptados en lectura fácil y relacionados con la salud. Contienen pictogramas como son los pictogramas ARASAAC, usados muy frecuentemente en personas con trastorno del espectro autista como forma de comunicación. Estas guías y documentos están validados por las mismas PCDID, asegurando una buena adaptación para ellos.

A continuación, se exponen herramientas en LF de ayuda en las consultas de enfermería:

• **Panel del dolor ¿Dónde te duele y qué necesitas?**: Creado por una especialista en pedagogía terapéutica, que permite acercarnos a personas con comunicación nula o muy limitada, permitiendo localizar el dolor, y en muchas ocasiones expresar que necesitan a través de pictogramas.

• **El libro de la salud:** es una herramienta pensada para facilitar la comunicación dentro de ambientes sanitarios. Agrupa pictogramas sobre pruebas médicas, sintomatologías, consultas con especialistas. Incluso pictogramas relacionados con la pandemia por COVID. Distribuidos por colores, según la temática a tratar.

• **En plena forma:** Es una guía sobre bienestar físico y vida saludable, adaptada en lectura fácil para PCDID. Es una buena herramienta destinada a la educación para la salud desde las consultas de enfermería en atención primaria, centros residenciales y otros servicios.

• **Desde el Portal de Plena Inclusión, se recopilan guías sobre la salud en lectura fácil**, *Ej. documentos sobre depresión, epilepsia, prospectos de medicamentos en LF, diabetes, disfagia…*

Conclusiones:

Es importante como profesionales sanitarios poder adaptarnos a todo tipo de pacientes, conociendo las distintas alternativas que tenemos en nuestra mano. La comunicación es primordial para poder dar una atención sanitaria de calidad. Por lo que este tipo de herramientas nos proporcionan ayuda a la hora de atender con PDID, entre las cuales es común las dificultades en comunicación y/o compresión por parte de la persona.

Bibliografía

1.- Carabal, I. Panel del dolor ¿Dónde te duele y qué necesitas? [Internet]. Valencia: Blog Avanzando con emociones. 2023, consultado en 2023. Disponible en: [EDITABLE] Panel del dolor - Avanzando con emociones

2.- March, J.C. Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios. Revista de calidad asistencial [Internet].2017 [consultado en 2023]. Vol 32, 245- 247. Disponible en: Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios | Revista de Calidad Asistencial (elsevier.es)

3.- AFANIAS. El libro de la salud [Internet]. Madrid:FUDEN; 2018 [Consultado en 2023]. Disponible en: https://www.afanias.org/wp-content/uploads/2018/11/Libro-de-la-salud.pdf

4.- Plena Inclusión. Guías sobre salud en lectura fácil [Internet]. España: Plena Inclusión. Revisado en 2023. Disponible en: https://www.plenainclusion.org/noticias/guias-sobre-salud-en-lectura-facil/

5.- Plena Inclusión Extremadura. guía en plena forma [Internet]. Extremadura: Plena Inclusión Extremadura, 2019 [Consultado en 2023]. Disponible en: https://www.plenainclusion.org/publicaciones/buscador/en-plena-forma-guia-de-bienestar-fisico-y-vida-saludable-lectura-facil/

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 113

Impacto de la Pandemia por Covid–19 sobre la Salud reproductiva

Segura Trujillo, Sara
Domínguez Domingo, Francisco Javier
Trujillo Trujillo, María Lourdes

IMPACTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19 SOBRE LA SALUD REPRODUCTIVA.

SARA SEGURA TRUJILLO; FRANCISCO JAVIER DOMÍNGUEZ DOMINGO; Mª LOURDES TRUJILLO TRUJILLO.

INTRODUCCIÓN:

Los derechos relacionados con la salud reproductiva abarcan no solo el derecho a decidir sobre la reproducción, sino también a recibir la atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada.

Durante la pandemia se ha visto afectado el acceso a los métodos anticonceptivos, a la interrupción voluntaria del embarazo, a los controles pre y postnatales, a las consultas y tratamientos de fertilidad y a las clases de preparación al nacimiento y la crianza; con mayor repercusión entre mujeres en situación especial de vulnerabilidad, ya sea por situación económica de pobreza o dificultad en su capacidad de acceso a los servicios sanitarios (contextos migratorios, etnia, discapacidad, etc.).

OBJETIVOS:

-Conocer las consecuencias sobre la salud reproductiva que ha conllevado la pandemia por COVID-19 en nuestro país.

-Concienciar a los profesionales sanitarios sobre la importancia de la salud reproductiva y de la necesidad de una atención permanente.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realizó una revisión bibliográfica en estadísticas oficiales, así como guías y protocolos nacionales de organizaciones científicas y profesionales.

Palabras clave: salud reproductiva; reproducción; COVID-19.

RESULTADOS:

Atención al embarazo, parto y puerperio:

Nueve meses tras el inicio del confinamiento general en España debido a la pandemia por COVID-19 se refleja un descenso de la natalidad y del deseo reproductivo, según la estadística de la Estimación Mensual de Nacimientos del INE, posiblemente por los meses de incertidumbre vividos que provocaron el aplazamiento de algunas de estas concepciones a junio-julio 2020 donde se observa un exceso de concepciones del 5-10% respecto de las esperadas.

Figura 1: Número mensual de nacimientos en España.



Los primeros datos tras la situación de pandemia indicaban la aparente ausencia de transmisión intrauterina madre-hijo en embarazadas afectadas por el virus, así como cuadros leves en los RN, pese a ello, se observó que las embarazadas desarrollaron un rechazo a acudir a parir al hospital por miedo al contagio.

A pesar de la evidencia científica hubo un fenómeno global de pérdida de derechos de las mujeres durante el parto:

- No acompañamiento durante el trabajo de parto en lugar de gestionar los riesgos y permitir el apoyo seguro de un acompañante a elección de la mujer.

-Inducciones y partos instrumentales para acelerar el trabajo de parto, minimizar la exposición viral y liberar camas de hospital. Según datos del INE, el porcentaje de cesáreas del total nacional se mantuvo en 2020 en cifras similares a años anteriores a la pandemia.



- Separación del RN en sospecha de madres con infección por el virus pese a la evidencia de que los efectos negativos de la separación superan el riesgo de exposición al virus.

- Impedir o desaconsejar el amamantamiento a pesar de no existir datos que demostrasen la transmisión del COVID-19 a través de la leche materna.



En España, este tipo de quejas sobre la vulneración de los derechos de las mujeres y sus RN durante el parto debido a la pandemia, han sido denunciadas por la asociación *El parto es Nuestro* en el informe *Atención al parto en España y COVID-19*, no sólo por las mujeres, sino también por profesionales sanitarios, en su mayoría, matronas.

Embarazo y vacunación frente a COVID-19:

La falta de evidencia y resultados de investigación específicos sobre vacunación de embarazadas ante infecciones víricas, ocasionó su exclusión en ensayos clínicos de las vacunas del COVID-19 lo que condujo a una ausencia de datos al respecto cuando progresivamente se fueron autorizando y comercializando las vacunas a nivel mundial e impidió el incluirla como recomendación en la estrategia nacional de vacunación.

No fue hasta la séptima actualización de la estrategia de vacunación, publicada en mayo de 2021, cuando se introdujo la recomendación de vacunar a las mujeres en periodo de lactancia y embarazadas.



Actualmente, se considera recomendable la administración de vacunas de ARNm a todas las gestantes, especialmente con varios factores de riesgo como hipertensión, preeclampsia, obesidad, diabetes o edad superior a 35 años.

Respecto a la dosis de recuerdo se recomienda que la reciban cuando les corresponda, a los 3 o 6 meses de la primovacunación, según el tipo de vacuna administrada.

CONCLUSIONES:

Durante la pandemia por COVID-19 en nuestro país se ha vulnerado el derecho de las mujeres a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva, recogido en el artículo 95 de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing de 1995 al perder el control de sus procesos sexuales y reproductivos respecto a su autonomía, su integridad y su capacidad para tomar decisiones informadas.

El denunciar esta pérdida de derechos ha conseguido dar marcha atrás en ciertos protocolos restrictivos gracias a la evidencia científica respecto al virus y se ha podido, aunque tras varios meses de retraso, incluir recomendaciones sobre embarazo y lactancia en las vacunas desarrolladas para la COVID-19 que de otra manera, hubieran tardado mucho más tiempo.

Resumen: La pandemia por COVID-19 ha conllevado en España un retroceso en derechos sobre la salud reproductiva como el estar acompañadas en la dilatación, nacimiento y puerperio, no ser separadas de sus recién nacidos, limitación de acceso a servicios de planificación familiar, así como la exclusión sistemática de embarazadas en ensayos clínicos de vacunas y el no haber priorizado estudios que conlleven un mejor conocimiento de la infección por COVID-19 en gestantes, puérperas y recién nacidos.

Todo ello ha generado incertidumbre dentro del ámbito reproductivo, disminución de nacimientos y descenso del deseo reproductivo de las mujeres españolas y sus parejas.

Palabras Clave: Salud reproductiva, Reproducción, COVID-19

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Lo derechos relacionados con la salud reproductiva abarcan no solo el derecho a decidir sobre la reproducción, sino también a recibir la atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada.

Durante la pandemia se ha visto afectado el acceso a los métodos anticonceptivos, a la interrupción voluntaria del embarazo, a los controles pre y postnatales, a las consultas y tratamientos de fertilidad y a las clases de preparación al nacimiento y la crianza. Ha existido una mayor repercusión entre las mujeres en situación especial de vulnerabilidad, ya sea por situación económica de pobreza o dificultad en su capacidad de acceso a los servicios sanitarios (contextos migratorios, etnia, discapacidad, etc.).

Objetivos:

- Conocer las consecuencias sobre la salud reproductiva que ha conllevado la pandemia por Covid-19 en nuestro país.

- Concienciar a los profesionales sanitarios sobre la importancia de la salud reproductiva y de la necesidad de una atención permanente.

Material y Métodos:

Se realizó una revisión bibliográfica en estadísticas oficiales como el Instituto Nacional de Estadística (INE), así como guías y protocolos nacionales de organizaciones científicas y profesionales como el Ministerio de Sanidad.

Resultados:

Atención al embarazo, parto y puerperio

Nueve meses tras el inicio del confinamiento general en España debido a la pandemia por COVID-19 se observó un descenso de la natalidad y del deseo reproductivo, según la estadística de la Estimación Mensual de Nacimientos del INE, posiblemente por los meses de incertidumbre vividos

que llevó a que algunas de estas concepciones se aplazaran a junio-julio 2020 donde se observa un exceso de concepciones del 5-10% respecto de las esperadas.

Desde la detección de la COVID-19, y en base a la experiencia acumulada con situaciones epidemiológicas causadas por coronavirus anteriores, los expertos ya alertaban de la especial vulnerabilidad sobre las gestantes y los recién nacidos (RN).

Pese a que los primeros datos tras la situación de pandemia indicaban la aparente ausencia de transmisión intrauterina madre-hijo en embarazadas afectadas por el virus, así como cuadros leves en los recién nacidos, se observó que las embarazadas desarrollaron un rechazo a acudir a parir al hospital por miedo al contagio.

A pesar de la evidencia científica hubo un fenómeno global de pérdida de derechos de las mujeres durante el parto:

- Prohibir acompañamiento durante el trabajo de parto en lugar de gestionar los riesgos y permitir el apoyo seguro de un acompañante a elección de la mujer.

-Inducciones y partos instrumentales para acelerar el trabajo de parto, minimizar la exposición viral y liberar camas de hospital. Según datos del INE, el porcentaje de cesáreas del total nacional se mantuvo, en 2020, en cifras similares a los años anteriores a la pandemia.

- Separación del RN en sospecha de madres con infección por el virus pese a la evidencia de que los efectos negativos de la separación superan el riesgo de exposición al virus.

- Impedir o desaconsejar el amamantamiento a pesar de no haber datos que demostrasen la transmisión del COVID-19 a través de la leche materna.

En España, este tipo de quejas sobre la vulneración de los derechos de las mujeres y sus RN, acontecida durante el parto a consecuencia de la pandemia, han sido denunciadas por la asociación El parto es Nuestro en el informe Atención al parto en España y COVID-19, no sólo por las mujeres, sino también por profesionales sanitarios, en su mayoría, matronas.

Embarazo y vacunación frente a COVID-19

La falta de evidencia y resultados de investigación específicos sobre vacunación de embarazadas ante infecciones víricas, ocasionó su exclusión en ensayos clínicos de las vacunas del COVID-19 lo cual condujo a una ausencia de datos al respecto cuando progresivamente se fueron autorizando y comercializando las vacunas a nivel mundial e impidió el poder incluirla como recomendación en la estrategia nacional de vacunación.

No fue hasta la séptima actualización de la estrategia de vacunación, publicada en mayo de 2021, cuando se introdujo la recomendación de vacunar a las mujeres en periodo de lactancia y embarazadas.

Actualmente, se considera recomendable la administración de vacunas de ARNm a todas las gestantes, especialmente en las que acumulan diversos factores de riesgo como hipertensión, preeclampsia, obesidad, diabetes o edad superior a 35 años.

Respecto a la dosis de recuerdo se recomienda que la reciban cuando les corresponda, a los 3 o 6 meses de la primovacunación, según tipo de vacuna administrada.

Conclusiones:

Durante la pandemia por COVID-19 en nuestro país se ha vulnerado el derecho de las mujeres a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva, recogido en el artículo 95 de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing de 1995 al perder el control de sus procesos sexuales y reproductivos respecto a su autonomía, su integridad y su capacidad para tomar decisiones informadas.

El denunciar esta pérdida de derechos ha conseguido dar marcha atrás en ciertos protocolos restrictivos gracias a la evidencia científica respecto al virus y se ha podido, aunque tras varios meses de retraso, incluir recomendaciones sobre embarazo y lactancia en las vacunas desarrolladas para la COVID-19 que, de otra manera, hubieran tardado mucho más tiempo.

Bibliografía

1.- El Parto Es Nuestro. Atención al parto en España y COVID-19. Madrid, 16 de junio de 2021. 2021. [citado 19 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/infome_atencion_al_parto_y_covid_19_epen.pdf

2.- Instituto Nacional de Estadística. Estimación Mensual de Nacimientos [citado 17 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=7765&capsel=7765

3.- Ministerio de Sanidad. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Manejo de la mujer embarazada y el recién nacido con COVID-19 [citado 15 de abril de 2023]. 2020. Disponible en:https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Documento_manejo_embarazo_recien_nacido.pdf

4.- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. 2011; [citado 10 de abril de 2023]. Disponible en: www.mspsi.gob.es

5.- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Madrid; 2014.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 114

Impacto de un taller de reanimación cardiopulmonar (RCP) durante las estancias clínicas en estudiantes de grado de Enfermería

Alcázar Pérez, Alberto
Maján Sesmero, Antonio
Tercero Abad, Camila María
Peña Gordaliza, Elena

IMPACTO DE UN TALLER DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP) DURANTE LAS ESTANCIAS CLÍNICAS EN ESTUDIANTES DE GRADO DE ENFERMERÍA

AUTORES: ALCÁZAR PÉREZ, A; MAJÁN SESMERO, A; TERCERO ABAD, CM; PEÑA GORDALIZA, E

INTRODUCCIÓN

- Los estudiantes de enfermería reciben una formación teórica en la facultad complementada con prácticas (estancias clínicas)
- Una herramienta útil en la formación son los talleres por combinar la teoría y la práctica
- Los conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar (RCP) es algo imprescindible por ser aplicables en cualquier ámbito de trabajo y de la vida en general, así como determinar la diferencia entre la vida y la muerte de un paciente
- Es necesario que los estudiantes de enfermería adquieran unos conocimientos adecuados y actualizados sobre RCP a lo largo de su periodo formativo

OBJETIVOS

- Valorar el grado de conocimientos sobre RCP en estudiantes de Enfermería
- Analizar si la realización de talleres sobre RCP en las estancias clínicas mejora el conocimiento de los estudiantes de enfermería
- Conocer aquellas áreas de la RCP en las que los estudiantes de Enfermería tienen conocimientos más deficitarios

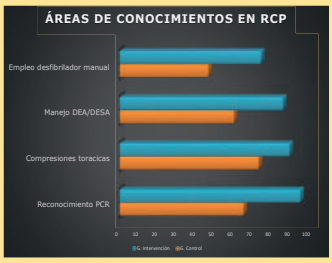
MATERIAL Y MÉTODO

- Estudio cuasi experimental en estudiantes de 4º curso de la Facultad de Enfermería de Ciudad Real. Se contó con una muestra de conveniencia de 72 participantes (24 grupo intervención y 48 grupo control) obtenidos mediante muestreo por conveniencia
- Criterios de inclusión: Alumno de 4º enfermería, que no haya recibido formación sobre RCP durante sus estancias clínicas
- Al grupo intervención se le impartió un taller teórico-práctico de 2 horas de duración sobre RCP
- Se elaboró un cuestionario ad-hoc sobre datos sociodemográficos y conocimientos de RCP. La participación fue voluntaria y anónima
- El estudio estadístico se realizó con el programa SPSS versión 25.0. Para la estadística inferencial se empleó la Chi-cuadrado de Pearson y la U de Mann Whitney

RESULTADOS

GRUPO CONTROL

- Se obtuvieron un total de 48 cuestionarios válidos
- La edad media fue de 21,81 años (mínimo de 20 y máximo de 31)
- Un 85,4% eran mujeres y un 14,6% hombres
- Un 12,5% opina que la formación recibida en la Facultad sobre RCP ha sido la adecuada





GRUPO INTERVENCIÓN

- Se obtuvieron un total de 24 cuestionarios válidos.
- La edad media fue de 22,08 años (mínimo de 20 y máximo de 31)
- Un 83,3% eran mujeres y un 16,7% hombres
- Un 83,3% opinó que el taller iba a servir para aumentar y mejorar sus conocimientos y habilidades en situaciones de urgencias/emergencias
- Un 12,5% opina que la formación recibida en la Facultad sobre RCP ha sido la adecuada
- Un 100% cree que talleres de este tipo sobre diferentes temáticas son útiles en su formación y que deberían realizarse durante sus estancias clínicas.

	GRUPO CONTROL	GRUPO INTERVENCIÓN		COMPARACIÓN	
		Pre intervención	Post intervención		
Item	n (%)			Chi Cuadrado de Pearson	*P*
Conocimientos adecuados sobre RCP	3 (6,3%)	2 (8,3%)	22 (91,7%)	0,356[a] 51,503[b]	NS[a] 0,000[b]
Saber actuar ante una situación de urgencia/emergencia	3 (6,3%)	1 (4,2%)	21 (87,5%)	0,356[a] 47,531[b]	NS[a] 0,000[b]
Conocimiento de ultimas recomendaciones	2 (4,2%)	0 (0%)	23 (95,8%)	2,087[a] 59,316[b]	NS[a] 0,000[b]
Item	$\bar{x}$ (dt)			U de Mann-Whitney	*P*
Realizar un reconocimiento de PCR (parada cardiorrespiratoria)	3,25 (1,042)	3,21 (1,021)	4,75 (0,042)	258,000[a] 117,000[b]	NS[a] 0,000[b]
Proporcionar compresiones torácicas (masaje cardíaco)	3,65 (0,911)	3,75 (0,847)	4,46 (0,721)	257,000[a] 288,000[b]	NS[a] 0,000[b]
Emplear un DEA/DESA	3 (1,111)	3,13 (1,227)	4,29 (0,690)	245,5000[a] 203,500[b]	NS[a] 0,000[b]
Manejar un desfibrilador manual	2,33 (0,996)	2,50 (1,142)	3,71 (1,083)	247,000[a] 198,500[b]	NS[a] 0,000[b]

a. Comparación grupo control frente a pre intervención
b. Comparación grupo control frente a post intervención

CONCLUSIONES

- Los estudiantes de enfermería presentan un importante déficit de conocimientos sobre RCP
- La realización de un taller durante sus estancias clínicas mejora notablemente el conocimiento de los estudiantes de enfermería sobre RCP
- El empleo y manejo de un desfibrilador manual es el área en el que los estudiantes presentan un conocimiento más deficitario

Resumen: Los estudiantes de enfermería poseen unos conocimientos insuficientes acerca de la RCP. Los talleres han experimentado un importante auge en su formación por trasladar la teoría a la práctica consiguiendo aumentar sus conocimientos y habilidades. El objetivo de este estudio fue determinar la utilidad de realizar talleres sobre RCP en alumnos de enfermería durante sus estancias clínicas. Se llevó a cabo un estudio cuasi experimental dirigido a estudiantes de cuarto curso de la Facultad de enfermería de Ciudad Real. Se diseñó un cuestionario ad hoc sobre conocimientos en materia de RCP.

Palabras Clave: Reanimación Cardiopulmonar, Estudiantes de enfermería, Educación

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Las prácticas clínicas en los estudiantes de Enfermería han cambiado sustancialmente tras la implantación del Grado Universitario, ya que su peso a nivel curricular ha aumentado considerablemente con respecto a la Diplomatura, lo que ha derivado en una mayor complejidad respecto a su organización y desarrollo.

Los estudios universitarios de Enfermería ponen el foco en la importancia de la enseñanza práctica con el fin de que sus alumnos consigan las competencias necesarias que se requieren para su adecuada formación. Las herramientas más empleadas son las prácticas externas, seminarios, simulación clínica y talleres. Estos últimos han experimentado un importante auge en los últimos años, ya que la convergencia de la teoría y la práctica de forma conjunta producen una sinergia que consigue mejorar sustancialmente los conocimientos y competencias tanto en estudiantes como profesionales. Un lugar recomendable para realizar estos talleres a los estudiantes de enfermería es donde realizan sus estancias clínicas, ya que se consigue transferir esos contenidos teóricos adquiridos en la facultad a la práctica asistencial real, así como realizar prácticas y simulaciones con materiales e instrumental de uso real.

Se han realizado diversos estudios en este colectivo donde se evidencia la falta de conocimientos adecuados sobre RCP. Por otro lado, existen varios estudios realizados sobre médicos internos residentes (MIR) y sobre estudiantes de enfermería donde se refleja que la gran mayoría presentan unos conocimientos sobre RCP de nivel medio a bajo. Teniendo en cuenta los estudios anteriores, se llega a la conclusión que los conocimientos de los estudiantes de enfermería son inadecuados e insuficientes y por tanto, no se encuentran preparados para afrontar una situación de emergencia donde tengan que realizar técnicas o procedimientos de RCP.

Por todo lo mencionado anteriormente, se llevó a cabo este estudio con el propósito de comprobar si la realización de un taller durante las estancias clínicas en estudiantes de enfermería conseguía aumentar sus conocimientos acerca de la RCP.

Objetivos:

· Valorar el grado de conocimientos sobre RCP en estudiantes de Enfermería.

· Analizar si la realización de talleres sobre RCP en las estancias clínicas mejora el conocimiento de los estudiantes de enfermería.

· Conocer aquellas áreas de la RCP en las que los estudiantes de Enfermería tienen conocimientos más deficitarios.

Material y Métodos:

Estudio cuasi experimental realizado en estudiantes de cuarto curso de la Facultad de Enfermería de Ciudad Real. Se contó con una muestra de conveniencia de 72 participantes (24 grupo intervención y 48 grupo control) obtenidos mediante muestreo por conveniencia.

Criterios de inclusión: Alumno de 4º enfermería, que no haya recibido formación sobre RCP durante sus estancias clínicas.

Al grupo intervención se le impartió un taller teórico-práctico de 2 horas de duración sobre RCP.

Se elaboró un cuestionario ad-hoc sobre datos sociodemográficos y conocimientos de RCP. La participación fue voluntaria y anónima.

El estudio estadístico se realizó con el programa SPSS versión 25.0. y para la estadística inferencial se empleó la Chi-cuadrado de Pearson y la U de Mann Whitney.

Resultados:

Grupo control

· Se obtuvieron un total de 48 cuestionarios válidos.

· La edad media fue de 21,81 años (mínimo de 20 y máximo de 31).

· En cuanto al sexo, un 85,4% eran mujeres y un 14,6% hombres.

· Un 6,3% considera que posee conocimientos adecuados sobre RCP y que sabría cómo actuar ante una situación de urgencia/emergencia.

· Un 12,5% opina que la formación recibida en la Facultad sobre RCP ha sido la adecuada.

· Un 4,2% conoce las últimas recomendaciones sobre actuaciones en situaciones de urgencias/emergencias.

· Las puntuaciones que se obtuvieron en las áreas de conocimientos evaluadas fueron (sobre un total de 5):

- Reconocer una situación de PCR (parada cardiorrespiratoria): 3,25.

- Proporcionar compresiones torácicas (masaje cardíaco): 3,65.

- Usar un DEA y/o DESA: 3,00.

- Emplear y manejar un desfibrilador manual (monitor): 2,33.

Grupo intervención

· Se obtuvieron un total de 24 cuestionarios válidos.

· La edad media fue de 22,08 años (mínimo de 20 y máximo de 31).

· En cuanto al sexo, un 83,3% eran mujeres y un 16,7% hombres.

· Un 83,3% opinó que el taller iba a servir para aumentar y mejorar sus conocimientos y habilidades en situaciones de urgencias/emergencias.

· Un 91,7% considera que posee conocimientos adecuados sobre RCP y un 87,5% afirma que sabría cómo actuar ante una situación de urgencia/emergencia.

· Un 12,5% opina que la formación recibida en la Facultad sobre RCP ha sido la adecuada.

· Un 95,8% conoce las últimas recomendaciones sobre actuaciones en situaciones de urgencias/emergencias.

· Las puntuaciones que se obtuvieron en las áreas de conocimientos evaluadas fueron (sobre un total de 5):

- Reconocer una situación de PCR (parada cardiorrespiratoria): 4,75.

- Proporcionar compresiones torácicas (masaje cardíaco): 4,46.

- Usar un DEA y/o DESA: 4,29.

- Emplear y manejar un desfibrilador manual (monitor): 3,71.

· Un 100% cree que talleres de este tipo sobre diferentes temáticas son útiles en su formación y que deberían realizarse durante sus estancias clínicas.

Con respecto a la comparación entre el grupo control y el grupo intervención después de recibir el taller, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en todos los ítems valorados (p=0,000).

Conclusiones:

· Los estudiantes de enfermería presentan un importante déficit de conocimientos sobre RCP.

· La realización de un taller durante sus estancias clínicas mejora notablemente el conocimiento de los estudiantes de enfermería sobre RCP.

· El empleo y manejo de un desfibrilador manual es el área en el que los estudiantes presentan un conocimiento más deficitario

Bibliografía

1.- Cárdenas J, Huamán C. Nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar en internos de medicina de la provincia de Ica. Ica, Perú. Rev. Médica Panacea. 2016;5 (3).

2.- Sayre M. Reanimación Cardiopulmonar y Paro Respiratorio. Trujillo, Perú. 2016

3.- Balcázar L. Nivel cognitivo sobre reanimación cardiopulmonar en personal de urgencias. Rev. Esp Med Quir. 2016;20 (2):248-255.

4.- Miranda YK, Urure IN. Level of knowledge about cardiopulmonary resuscitation in nursing students of a public university of Perú. Rev. enferm. Vanguard; 2021; 9(2): 54-60

5. Celma M, López M, Cano MD. Analysis of clinical practices in the Nursing Degree: Vision of tutors and students. Rev. Enfermería clínica. 2019; 29 (5):271-279

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 115

Incidencia de ACIDOSIS LÁCTICA, debida a intoxicación por METFORMINA, con indicación de Hemodiálisis.

Romero Barragán, M.ª del Pilar
Arias del Campo, Leticia
Morales Martín, Ángela
García Navas, María

Incidencia de ACIDOSIS LÁCTICA, debida a intoxicación por METFORMINA, con indicación de Hemodiálisis.

Autores: Arias del Campo, Leticia; Morales Martín, Ángela; Romero Barragán, Mª Pilar; García Navas, María.

Entre las posibles complicaciones del consumo de metformina se encuentra la acidosis láctica, una reacción adversa con una incidencia muy baja y multicausal que puede suponer una situación grave para la salud de los pacientes.

OBJETIVOS

- Conocer la incidencia de casos de acidosis láctica por metformina con indicación de hemodiálisis durante el periodo a revisión en un hospital de tercer nivel.
- Revisar los factores clínicos y analíticos asociados en estados pre y post dialítico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo longitudinal retrospectivo. El tamaño muestral fue de 10 durante el tiempo comprendido entre 2021-2022, seleccionada con criterios de acidosis láctica con indicación de hemodiálisis. Se revisaron las historias clínicas para obtener datos clínicos y analíticos.

RESULTADOS

Diez casos (80% de hombres), incluyendo un caso de sobredosis intencionada. La incidencia fue 5,19 sobre una población susceptible de 192.367; la media de edad es de 63,1 ± 18,61 (varones 65,87 ± 12,5; mujeres 52 ± 35); el 70% de los casos presentaban enfermedad renal previa, siendo su filtrado glomerular basal mayor de 60ml/min. La duración media de la estancia de ingreso fue de 20 ± 22,18 días. El 50% de los pacientes requirieron ingreso en UCI. Todos ellos mostraron mejora en los parámetros analíticos tras finalizar las sesiones de diálisis pautadas. Ningún paciente falleció durante el periodo de ingreso por la causa a estudio.



CONCLUSIONES

Los pacientes revisados cumplían los criterios EXTRIP. La hemodiálisis muestra beneficios sustanciales tanto en la eliminación de la metformina como en la corrección de la acidosis. Resulta imprescindible la educación sanitaria desde Atención Primaria y Especializada a los pacientes en tratamiento con metformina, sobre aquellas situaciones potencialmente inductoras de acidosis láctica, especialmente en los casos de deshidratación.



SATSE

Resumen: Entre las posibles complicaciones del consumo de metformina se encuentra la acidosis láctica, una reacción adversa con una incidencia muy baja y multicausal que puede suponer una situación grave para la salud de los pacientes

Palabras Clave: Metformin, lactic acidosis y dialysis.

Desarrollo del Trabajo:

Metodología:

Se trata de un estudio observacional descriptivo longitudinal retrospectivo. La muestra fue seleccionada de acuerdo a los criterios de intoxicación por metformina con resultado de acidosis láctica e indicación facultativa de hemodiálisis, con un tamaño muestral de 10. Se incluyeron a todos aquellos pacientes en tratamiento con hemodiálisis durante el periodo comprendido entre enero de 2021 y diciembre de 2022, tras haber sufrido una acidosis láctica debida a una intoxicación por metformina, ya fuera de forma intencionada (sobredosificación voluntaria) o accidental, con enfermedad renal previa o sin ella; se excluyó del estudio el caso de una paciente con indicación facultativa de hemodiálisis en acidosis láctica debida a otras causas. Se revisaron las historias clínicas y se recopilaron datos clínicos y analíticos de los pacientes seleccionados.

Objetivos:

Conocer la incidencia de casos de acidosis láctica por metformina con indicación de hemodiálisis durante el periodo a revisión en un hospital de tercer nivel. Revisar los factores clínicos y analíticos asociados en estados pre y post dialítico.

Resultados:

Diez casos (80% de hombres), incluyendo un caso de sobredosis intencionada.La incidencia fue 5,19 sobre una población susceptible de 192.367; la media de edad es de 63,1 ± 18,61 (varones 65,87 ± 12,5; mujeres 52 ± 35); el 70% de los casos presentaban enfermedad renal previa, siendo su filtrado glomerular basal mayor de 60ml/min. La duración media de la estancia de ingreso fue de 20 ± 22,18 días. El 50% de los pacientes requirieron ingreso en UCI. Todos ellos mostraron mejora en los parámetros analíticos tras finalizar las sesiones de diálisis pautadas. Ningún paciente falleció durante el periodo de ingreso por la causa a estudio.

Conclusiones:

Los pacientes revisados cumplían los criterios EXTRIP. La hemodiálisis muestra beneficios sustanciales tanto en la eliminación de la metformina como en la corrección de la acidosis. Resulta imprescindible la educación sanitaria desde Atención Primaria y Especializada a los pacientes en tratamiento con metformina, sobre aquellas situaciones potencialmente inductoras de acidosis láctica, especialmente en los casos de deshidratación.

Bibliografía

1.- M.H. Tan, H. Alquraini, K. Mizokami-Stout, M. MacEachern. Metformin: From research to clinical practice. Endocrinol Metab Clin North Am., 45 (2016), pp. 819-843

2.- J.D. Lalau, F. Kajbaf, A. Protti, M.M. Christensen, M.E. de Broe, N. Wiernsperger. Metformin-associated lactic acidosis (MALA): moving towards a new paradigm. Diabetes Obes Metab., 19 (2017), pp. 1502-1512

3.- N. Barzilai, J.P. Crandall, S.B. Kritchevsky, M.A. Espeland. Metformin as a tool to target aging. Cell Metab., 23 (2016), pp. 1060-1065

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 116

Influencia del Confinamiento por Covid–19 sobre la Violencia de Género percibido por los Profesionales Sanitarios.

Segura Trujillo, Sara
Domínguez Domingo, Francisco Javier
Trujillo Trujillo, María Lourdes

INFLUENCIA DEL CONFINAMIENTO POR COVID-19 SOBRE LA VIOLENCIA DE GÉNERO PERCIBIDO POR LOS PROFESIONALES SANITARIOS.

SARA SEGURA TRUJILLO; FRANCISCO JAVIER DOMÍNGUEZ DOMINGO; Mª LOURDES TRUJILLO TRUJILLO.

INTRODUCCIÓN:

En España, durante la pandemia por Covid-19, los servicios especializados de atención a la violencia de género (VdG) fueron considerados esenciales, pero la situación sanitaria respecto al virus dificultó el desarrollo de una estrategia que respondiera a las consecuencias que conlleva para una mujer y sus hijos denunciar a su agresor y salir de esta situación ya que precisan de un proceso de preparación que requiere de acompañamiento profesional y/o de sus redes sociales de apoyo.

Por su parte, los servicios de atención primaria (AP) sufrieron una reorganización de su funcionamiento y una transición hacia una atención telefónica y online cambiando las prioridades y dejando en un segundo plano otros problemas distintos a la COVID-19, como la VdG.



OBJETIVOS:

- Conocer el impacto de la pandemia sobre la VdG.
- Identificar los problemas encontrados desde el punto de vista de los profesionales sanitarios en la atención a víctimas de VdG.
- Proponer factores de protección sobre la VdG en situaciones de emergencia como son las pandemias.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en estadísticas oficiales del Ministerio de Igualdad y de Sanidad, así como bibliografía especializada. También se recogieron datos relativos a denuncias y partes de lesiones por VdG durante los meses de confinamiento (marzo-junio 2020).

Se muestran además, las percepciones de profesionales de atención primaria (AP) y hospitalaria (AH) en un estudio cualitativo basado en 12 entrevistas semiestructuradas a personal sanitario (6 médicas, 1 médico de urgencias, 2 enfermeras y 3 trabajadoras sociales) de AP (8) y AH (4) de distintas comunidades autónomas (septiembre 2020 a abril de 2021), alcanzando la saturación del discurso y resultados congruentes con la evidencia disponible.

Palabras clave: violencia de género, covid-19, pandemia de COVID-19.

RESULTADOS:

Análisis de la situación durante el confinamiento estricto:



-Incremento de denuncias por VdG física grave y por amenazas graves.

-Disminución de denuncias por acoso o celos extremos en los último 6 meses.

-Cambio en el perfil de las nuevas denuncias: mujeres convivientes con el agresor, expuestas a violencia física de mayor gravedad y en situación de vulnerabilidad y aislamiento social.

-Agresor más frecuente: la pareja, seguido de la expareja.

-Nacionalidad de mujeres más afectadas por la VdG: las de países andinos (Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú).





Percepción por profesionales de salud de AP y AH:

-La mayoría de casos de VdG no llegaron a los servicios sanitarios, sobre todo en AP por no haberlo percibido las víctimas como un recurso disponible junto a mensajes disuasorios del tipo “no vengas si no es urgente”



-La mayoría de los casos fueron por violencia física, detectados con más frecuencia en urgencias. Muchas mujeres acudieron acompañadas de la policía y requirieron un parte de lesiones. Se percibió por parte de los sanitarios que los casos detectados en este periodo eran más graves.

-En AP: se ha podido vulnerar la intimidad de las mujeres que quisieran consultar por VdG al tener que revelar el motivo por el que acudían en la puerta del centro sanitario o al personal administrativo al no tener contacto con sus profesionales de referencia. La mayoría de los casos atendidos fueron seguimientos de víctimas de VdG conocidas.

Una de las iniciativas más extendidas fue “Mascarilla-19” para que las mujeres que se encontraban en situación de peligro pudiesen solicitar una “Mascarilla-19” en la farmacia, poniendo en alerta al personal farmacéutico, que realizaba una llamada a los servicios de emergencia activando el protocolo por VdG.

Reseñar también la inclusión del "Botón SOS" en la App AlertCops, que permitía tanto al personal sanitario como a las víctimas solicitar de forma discreta la asistencia inmediata de las Fuerzas de Seguridad del Estado.

CONCLUSIONES

El cambio organizativo en el sistema sanitario debido a la pandemia por Covid-19 planteó nuevos desafíos en los profesionales sanitarios para el abordaje de las situaciones de VdG ya que éstas pasaron a un segundo plano: centros sanitarios centrados en la atención al virus, falta de recursos humanos y el cambio brusco a una AP casi exclusivamente telefónica (en un contexto de gran presión asistencial).

Por tanto, es necesario desarrollar protocolos específicos de denuncia, detección y protección de víctimas de VdG y de sus hijos que permitan responder ante situaciones de emergencia, así como garantizar la continuidad en la atención en situación de VdG ante cualquier tipo de emergencia, junto a formación continuada en este tema. También es importante prestar un mayor cuidado y focalizar en aquellas mujeres que pueden ver sus riesgos incrementados, como embarazadas, origen extranjero, diversidad funcional, empobrecidas y/o en riesgo de exclusión, residentes en entornos rurales y las de mayor edad.

Otras posibles medidas que se podrían haber puesto en marcha es el emplear una palabra clave para poder solicitar cita presencial en AP (tipo Mascarilla-19) e incluir una figura profesional de referencia en VdG en los centros sanitarios.

Resumen: Durante los meses de confinamiento por COVID-19, se produjo un cambio en la demanda de ayuda formal por parte de las mujeres y sus hijos, posiblemente debido tanto a la convivencia obligatoria con los maltratadores como a los problemas de acceso a los servicios sociosanitarios. Los casos que sí fueron denunciados o atendidos e identificados en los servicios sanitarios, sobre todo en urgencias, indican mayor gravedad de los episodios ocurridos en este periodo, así como la vulnerabilidad social de las mujeres afectadas y sus hijos.

Palabras Clave: Violencia de género, Covid-19, Pandemia de covid-19

Desarrollo del Trabajo:

Metodología:

En España, durante la pandemia por Covid-19, los servicios especializados de atención a la violencia de género (VdG) fueron considerados esenciales, pero la situación sanitaria respecto al virus dificultó el desarrollo de una estrategia que respondiera a las consecuencias que conlleva para una mujer y sus hijos denunciar a su agresor y salir de esta situación ya que precisan de un proceso de preparación que requiere de acompañamiento profesional y/o de sus redes sociales de apoyo.

Por su parte, los servicios de atención primaria (AP) sufrieron una reorganización de su funcionamiento y una transición hacia una atención telefónica y online cambiando las prioridades que dejaron en un segundo plano otros problemas distintos a la COVID-19, como la VdG.

Objetivos:

- Conocer el impacto de la pandemia sobre la VdG.

- Identificar los problemas encontrados desde el punto de vista de los profesionales sanitarios en la atención a víctimas de VdG.

- Proponer factores de protección sobre la VdG en situaciones de emergencia como son las pandemias.

Material y Método:

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en estadísticas oficiales del Ministerio de Igualdad y de Sanidad, así como bibliografía especializada. También se recogieron datos relativos a denuncias y partes de lesiones por VdG durante los meses de confinamiento (marzo-junio 2020).

Se muestran, además, las percepciones de profesionales de atención primaria (AP) y hospitalaria (AH) en un estudio cualitativo basado en 12 entrevistas semiestructuradas a personal sanitario (6 médicas, 1 médico de urgencias, 2 enfermeras y 3 trabajadoras sociales) de AP (8) y AH (4) de distintas comunidades autónomas (septiembre 2020 a abril de 2021), alcanzando la saturación del discurso y resultados congruentes con la evidencia disponible.

Conclusiones:

Análisis de la situación durante el confinamiento estricto:

- Incremento de denuncias por VdG física grave, y por amenazas graves.

- Disminución de las denuncias nuevas donde el agresor mostraba conductas de acoso o celos extremos en los últimos 6 meses.

- Cambio en el perfil de las nuevas denuncias: mujeres convivientes con el agresor, expuestas a violencia física de mayor gravedad y en situación de vulnerabilidad y aislamiento social.

- Agresor más frecuente: pareja, seguido de la expareja.

-Nacionalidad de mujeres más afectadas por la VdG: las de países andinos (Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú).

Percepción por **profesionales de salud** de AP y AH:

- La mayoría de casos de VdG no llegaron a los servicios sanitarios, sobre todo en AP, según reflexiones de los profesionales, por no haberlo percibido las víctimas como un recurso disponible junto a mensajes disuasorios del tipo “no vengas si no es urgente”

- La mayoría de los casos fueron por violencia física, detectados con más frecuencia en urgencias. Muchas de las mujeres acudieron acompañadas de la policía y requirieron un parte de lesiones. Se percibió por parte de los sanitarios que los casos detectados en este periodo eran más graves.

- En AP: se ha podido vulnerar la intimidad de las mujeres que quisieran consultar por VdG al tener que revelar el motivo por el que acudían en la puerta del centro sanitario o al personal administrativo al no tener contacto con sus profesionales de referencia. La mayoría de los casos atendidos fueron seguimientos de víctimas de VdG conocidas.

Una de las iniciativas más extendidas durante este periodo fue “Mascarilla-19” para que las mujeres que se encontraban en situación de peligro pudiesen solicitar una “Mascarilla-19” en la farmacia, poniendo en alerta al personal farmacéutico, que realizaba una llamada a los servicios de emergencia activando el protocolo por VdG.

Reseñar también la inclusión del "Botón SOS" en la App AlertCops, que permitía tanto al personal sanitario como a las víctimas requerir de forma discreta la asistencia inmediata de las Fuerzas de Seguridad del Estado.

Conclusiones:

El cambio organizativo en el sistema sanitario debido a la pandemia por Covid-19 planteó nuevos desafíos a los profesionales sanitarios para abordar las situaciones de VdG ya que éstas pasaron a un segundo plano: centros sanitarios centrados en la atención al virus, falta de recursos humanos y el cambio brusco a una AP casi exclusivamente telefónica (en un contexto de gran presión asistencial).

Por tanto, es necesario desarrollar protocolos específicos de denuncia, detección y protección de víctimas de VdG y de sus hijos que permitan responder ante situaciones de emergencia, así como garantizar la continuidad en la atención en situación de VdG ante cualquier tipo de emergencia,

junto a formación continuada en este tema. También es importante prestar un mayor cuidado y focalizar en aquellas mujeres que pueden ver sus riesgos incrementados, como embarazadas, origen extranjero, diversidad funcional, empobrecidas y/o en riesgo de exclusión, residentes en entornos rurales y las de mayor edad.

Otras posibles medidas que se podrían haber puesto en marcha es el emplear una palabra clave para poder solicitar cita presencial en AP (tipo Mascarilla-19) e incluir una figura profesional de referencia en VdG en los centros sanitarios.

Bibliografía

1.- Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. Portal Estadístico Violencia de Género [Internet]. [citado 22 de abril de 2023]. Disponible en: http://estadisticasviolenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/

2.- Ministerio de Igualdad. Plan de Contingencia contra la violencia de género ante la crisis del COVID-19 [Prensa/Actualidad/Igualdad] [Internet]. 2020 [citado 22 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/igualdad/Paginas/2020/170320-covid-viogen.aspx

3.- PAHO/WHO. COVID-19 and violence against women. What the health sector/system can do [Internet]. 2020 [citado 20 de abril de 2023]. Disponible en:https://www.paho.org/en/documents/covid-19-and-violence-against-womenwhat-health-sectorsystem-can-do

4.- Sanz Barbero Belén, Estévez Jesús, López-Ossorio Juan J, et al. Factores asociados a las denuncias por violencia de género durante el confinamiento por COVID-19 en España según el Sistema VIOGEN. En: XXXIX Reunión Científica Sociedad Española de Epidemiología, 2021 Gaceta Sanitaria 2021, 35 (SC): 68.

5.- Vives-Cases Carmen, Parra-Casado Daniel La, Estévez Jesús F, et al. Intimate Partner Violence against Women during the COVID-19 Lockdown in Spain. Int J Environ Res Public Heal 2021, Vol 18, Page 4698 [Internet]. 28 de abril de 2021 [citado 22 de abril de 2023];18(9):4698. Disponible en: https://www.mdpi.com/1660-4601/18/9/4698/htm

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 117

Influencia del desarrollo Motor en las Habilidades Socio–Comunicativas en el Trastorno del Espectro Autista: Revisión Bibliográfica

Bertoméu Moreno, Beatriz
Acosta López, Alexandra
Simón Sierra, Juan José

INFLUENCIA DEL DESARROLLO MOTOR EN LAS HABILIDADES SOCIOCOMUNICATIVAS EN EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA: REVISIÓN BIBLIOGRAFICA

BERTOMEU MORENO B, ACOSTA LOPEZ A, SIMON SIERRA JJ

SATSE

Introducción

El trastorno del espectro autista (TEA) es un trastorno caracterizado por dificultades en la comunicación social, la interacción social y patrones de comportamiento repetitivos. Además de estas características principales, se ha observado que los niños con TEA pueden presentar dificultades en el desarrollo motor. Estas dificultades motoras pueden afectar su capacidad para interactuar con el entorno y tener implicaciones en su desarrollo socio-comunicativo.

Objetivos

Evaluar las habilidades motoras y las dificultades en el desarrollo motor en niños con trastornos del espectro autista (TEA) y cómo se relaciona con las habilidades socio-comunicativas.

Metodología

Criterio de inclusión

evaluación habilidades motoras en niños con TEA relación con dificultades socio-comunicativa cualquier tipo de estudio

Autism Spectrum Disorder (ASD)
- Trastorno del Espectro Autista (TEA)
Motor Skills - Habilidades Motoras
Language Development - Desarrollo del Lenguaje

PubMed
Cochrane Library
ScienceDirect
SciELO

Resultados

- Identificación de más de 149 artículos que cumplían con los criterios de inclusión, Se seleccionaron 4 que se ajustaban a los requisitos preferidos.
- Coincidencia en que los niños con TEA presentan dificultades motoras que afectan su desarrollo socio-comunicativo.
- Persistencia de estas dificultades a lo largo del tiempo y su relación con problemas en las habilidades de comunicación social, comportamientos repetitivos y retrasos en el lenguaje y la función.
- Relación entre el inicio de los hitos motores gruesos y el desarrollo del lenguaje en la temprana edad de los niños con TEA.
- Persistencia de las dificultades motoras hasta aproximadamente los 15 años, con mayores dificultades en el equilibrio y la motricidad finas.
- Influencia de factores sociodemográficos y de aprendizaje en las dificultades motoras, como la presencia de hermanos y la adaptación curricular.
- Relación entre ciertos rasgos de personalidad, como la impulsividad, la hiperactividad y las dificultades del habla, y las dificultades motoras en niños con TEA.
- Importancia de abordar las dificultades motoras desde una edad temprana para mejorar la calidad de vida y promover un desarrollo general óptimo en niños con TEA.
- Necesidad de un enfoque integral en la atención en temprana edad, que incluya el desarrollo de habilidades motoras como parte integral del tratamiento y bienestar de los niños con TEA.

Conclusiones

- Las dificultades motoras en niños con TEA afectan sus habilidades socio-comunicativas y el desarrollo.
- Es fundamental abordar las dificultades desde una edad temprana para mejorar la interacción con el entorno.
- Se requiere investigación adicional para comprender las causas subyacentes y desarrollar enfoques terapéuticos más precisos. La literatura científica actual presenta limitaciones en términos de tamaño de muestra y falta de medidas objetivas.
- Es necesario generar literatura científica con muestras más grandes y heterogéneas.
- Se deben buscar nuevas herramientas de valoración que permitan una evaluación más precisa de las dificultades motoras en niños con TEA.
- Se enfatiza la importancia de una atención personalizada y de investigaciones más rigurosas y generalizables para mejorar la intervención y actuar precozmente en los niños con TEA y sus dificultades motoras.

Bibliografía

1. Belaire A, Colomer C, Maravé-Vivas M, Chiva-Bartoll O. Analysis of the motor performance of children with ASD and its relationship with personal and contextual variables. Int J Dev Disabil. 2020 Nov 10;68(4):558-566.
2. Bhat A. Multidimensional motor performance in children with autism mostly remains stable with age and predicts social communication delay, language delay, functional delay, and repetitive behavior severity after accounting for intellectual disability or cognitive delay: A SPARK dataset analysis. Autism Res. 2023 Jan;16(1):208-229.
3. Bedford R, Pickles A, Lord C. Early gross motor skills predict the subsequent development of language in children with autism spectrum disorder. Autism Res. 2016 Sep;9(9):993-1001
4. Havdahl A, Farmer C, Schjølberg S, Øyen AS, Surén P, Reichborn-Kjennerud T, Magnus P, Bresnahan M, Hornig M, Susser E, Lipkin WI, Lord C, Stoltenberg C, Thurm A, Bishop S. Age of walking and intellectual ability in autism spectrum disorder and other neurodevelopmental disorders: a population-based study. J Child Psychol Psychiatry. 2021 Sep;62(9):1070-1078.

Resumen: El trastorno del espectro del autismo (TEA) es una afectación de las habilidades socio-comunicativas Los niños con TEA pueden tener dificultades en el desarrollo motor, lo que afecta su interacción y percepción del entorno. Los retrasos motores son marcadores tempranos en niños con autismo y la falta de juego motor puede afectar a la construcción de conexiones sociales. Esta revisión examina la relación entre el desarrollo motor y las habilidades socio-comunicativas en el TEA. Estos hallazgos subrayan la importancia de abordar las dificultades motoras desde temprana edad para mejorar las habilidades y el bienestar de los niños con TEA.

Palabras Clave: Autism Spectrum Disorder (ASD) - Trastorno del Espectro Autista (TEA) Motor Skills - Habilidades Motoras - Language Development - Desarrollo del Lenguaje

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El trastorno del espectro autista (TEA) es un trastorno caracterizado por dificultades en la comunicación social, la interacción social y patrones de comportamiento repetitivos. Además de estas características principales, se ha observado que los niños con TEA pueden presentar dificultades en el desarrollo motor. Estas dificultades motoras pueden afectar su capacidad para interactuar con el entorno y tener implicaciones en su desarrollo socio-comunicativo.

Objetivos:

Evaluar las habilidades motoras y las dificultades en el desarrollo motor en niños con TEA y cómo se relaciona con las habilidades socio-comunicativas.

Material y Método:

Se realizó una revisión sistemática en diversas bases de datos, incluyendo Cochrane Library, PubMed, ScienceDirect y Scielo, abarcando el período de 2007 a 2023. Se utilizaron palabras clave tanto en español como en inglés, como "Trastorno del Espectro Autista", "Habilidades Motoras" y "Desarrollo del Lenguaje". Los criterios de inclusión se enfocaron en artículos que abordaran la evaluación de habilidades motoras en niños con TEA y su relación con dificultades como la comunicación social, el comportamiento repetitivo y el retraso del lenguaje, proporcionando información sobre las implicaciones clínicas y el desarrollo de posibles intervenciones efectivas. Se consideraron válidos cualquier tipo de estudio y cualquier método en la selección de los artículos.

Resultados:

Durante la revisión bibliográfica, se identificaron más de 149 artículos que cumplían con los criterios de inclusión. Se seleccionaron 4 artículos que se ajustaban a los requisitos preferidos para su análisis en esta revisión.

Los resultados de los artículos seleccionados coinciden en que los niños con TEA pueden presentar dificultades motoras que afectan su desarrollo socio-comunicativo. Estas dificultades persisten

a lo largo del tiempo y se relacionan con problemas en las habilidades de comunicación social, comportamientos repetitivos y retrasos en el lenguaje y la función.

Se encontró una relación entre el inicio de los hitos motores gruesos, como la marcha, y el desarrollo del lenguaje en la temprana edad de los niños con TEA. Además, se observó que estas dificultades motoras persisten en los niños con TEA hasta aproximadamente los 15 años y que presentan mayores dificultades en múltiples dominios motores, especialmente en el equilibrio y las habilidades motrices finas.

Los resultados también indicaron que las dificultades motoras en niños con TEA pueden estar influenciadas por factores sociodemográficos y de aprendizaje, como la presencia de hermanos y la adaptación curricular. Asimismo, ciertos rasgos de personalidad, como la impulsividad, la hiperactividad y las dificultades del habla, también pueden estar relacionados con estas dificultades motoras.

En general, los resultados resaltan la importancia de abordar las dificultades motoras en los niños con TEA desde una edad temprana, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y promover un desarrollo general óptimo. Estos hallazgos respaldan la necesidad de un enfoque integral en la atención en temprana edad, que incluya el desarrollo de habilidades motoras como parte integral de su tratamiento y bienestar con el entorno.

Conclusiones:

En conclusión, los niños con TEA presentan dificultades motoras persistentes que afectan sus habilidades socio-comunicativas, comportamientos repetitivos, retrasos en el lenguaje y la función. Estas dificultades persisten hasta la adolescencia, especialmente en el equilibrio y las habilidades motoras finas. Factores sociodemográficos y de aprendizaje influyen en estas dificultades. Es fundamental abordar las dificultades motoras desde una edad temprana para mejorar la calidad de vida y el desarrollo general de los niños con TEA. Se requiere investigación adicional para comprender las causas subyacentes y desarrollar enfoques terapéuticos más precisos. La atención clínica debe considerar el desarrollo motor como parte integral del tratamiento, con detección temprana e intervención adecuada. Es necesario superar las limitaciones en la literatura científica actual, como el tamaño de las muestras y la falta de medidas objetivas. Esta revisión resalta la importancia de una atención temprana y personalizada, así como de investigaciones más rigurosas y generalizables. En definitiva, se enfatiza la estrecha relación entre el desarrollo motor y las habilidades socio-comunicativas en el TEA, subrayando la importancia de abordar las dificultades motoras y promover una intervención integral y basada en la evidencia.

Bibliografía

1.- Belaire A, Colomer C, Maravé-Vivas M, Chiva-Bartoll O. Analysis of the motor performance of children with ASD and its relationship with personal and contextual variables. Int J Dev Disabil. 2020 Nov 10;68(4):558-566.

2.-Bhat A. Multidimensional motor performance in children with autism mostly remains stable with age and predicts social communication delay, language delay, functional delay, and repetitive behavior severity after accounting for intellectual disability or cognitive delay: A SPARK dataset analysis. Autism Res. 2023 Jan;16(1):208-229.

3.- Bedford R, Pickles A, Lord C. Early gross motor skills predict the subsequent development of language in children with autism spectrum disorder. Autism Res. 2016 Sep;9(9):993-1001

4.- Havdahl A, Farmer C, Schjølberg S, Øyen AS, Surén P, Reichborn-Kjennerud T, Magnus P, Bresnahan M, Hornig M, Susser E, Lipkin WI, Lord C, Stoltenberg C, Thurm A, Bishop S. Age of walking and intellectual ability in autism spectrum disorder and other neurodevelopmental disorders: a population-based study. J Child Psychol Psychiatry. 2021 Sep;62(9):1070-1078.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 118

Intervención de Enfermería en Pacientes a los que se emplea como tratamiento Terapia Electroconvulsiva.

Fernández Alves, Daniel
de la Vega Tera, Teresa

XIV Congreso de Investigación SATSE Ciudad Real

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES A LOS QUE SE EMPLEA COMO TRATAMIENTO TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

Revisión bibliográfica

Autores: Fernández Alves, Daniel; de la Vega Tera, Teresa

INTRODUCCIÓN

La Terapia electroconvulsiva consiste en inducir pequeñas corrientes eléctricas de modo que cree una convulsión generalizada en el paciente. Es un tratamiento biológico que aporta grandes beneficios a los pacientes que padecen un trastorno mental.

Este proceso asistencial se diferencia en 2 fases las cuales son visiblemente diferenciadas: La fase "Pre TEC y la Fase Post TEC".

OBJETIVO

Establecer los cuidados enfermeros en la fase Post TEC.

MATERIAL Y METODO

Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos: PUBMED, CUIDEN y Biblioteca Virtual de la Salud de Castilla-La Mancha en la que se ha empleado filtros de búsqueda: idioma español e inglés, publicados en los últimos 10 años y que se encontrasen con el texto completo.
Las palabras clave empleadas fueron: TEC, ENFERMERMERÍA, SALUD MENTAL junto con los operadores booleanos AND / OR

RESULTADOS

En la fase Post- TEC, son funciones de Enfermería:

- ❖Administrar oxígeno y retirar el protector bucal que se ha utilizado en el procedimiento.
- ❖Registrar toda la medicación administrada.
- ❖Detectar y actuar frente a las posibles complicaciones y los efectos secundarios inmediatos y tardíos.
- ❖Orientar y dar seguridad al paciente.
- ❖Controlar las constantes vitales periódicamente.
- ❖Trasladar al paciente a la Unidad de Hospitalización en decúbito supino y con el cabezal incorporado 30 – 45º.
- ❖ Reiniciar la dieta del paciente según su tolerancia.

CONCLUSIONES

El personal de enfermería de salud mental, realiza numerosas intervenciones después de la terapia electroconvulsiva. Estos cuidados siempre persiguen obtener el resultado más beneficioso para el paciente y familiares y así disminuir sus efectos secundarios.

BIBLIOGRAFÍA

- Guedes Arbelo, Chaxiaraxi; Galindo Asensio, Ángeles; Sánchez Guisado, María del Mar. Valoración de la recuperación del paciente en la fase post-terapia electroconvulsiva, tras una adecuada actuación de enfermería. Rev Paraninfo Digital, 2013; 19.
  Disponible en: http://www.index-f.com/para/n19/224d.php

- Granero Lázarp, A; Arredondo Fernández, A; Bleda García, F; Arrufat Nebot, F. Guía de actuación para el paciente tratado con terapia electroconvulsiva. Rev Metas de enfermería ,2020; 2.

- Urricelgui Chasco, A; García del Valle Méndez, G; García Devor, B. Terapia electroconvulsiva (TEC)Indicaciones y contraindicaciones. Actuación de enfermería. REV ROL de enfermería, 2019

Resumen: La terapia electroconvulsiva, es una técnica realizada bajo anestesia general, se aplica una corriente eléctrica mediante unos electrodos colocados en la región frontotemporales de modo que cree una crisis convulsiva. Este procedimiento se realiza en presencia de un equipo multidisciplinar en el cual cada unos tiene su función. Es una técnica "segura", en la que el paciente no tiene efectos secundarios importantes y si un alto porcentaje de eficacia en la remisión de síntomas.

Las patologías más comunes en las que se emplea este procedimiento son: depresión grave o resistente a tratamiento, manía grave, catatonía, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Palabras Clave: Tec, Enfermería, Salud Mental

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La Terapia electroconvulsiva consiste en inducir pequeñas corrientes eléctricas de modo que cree una convulsión generalizada en el paciente. Es un tratamiento biológico que aporta grandes beneficios a los pacientes que padecen un trastorno mental.

Este proceso asistencial se diferencia en 2 fases las cuales son visiblemente diferenciadas: La fase "Pre TEC y la Fase Post TEC".

Objetivos:

Establecer los cuidados enfermeros en la fase Post TEC.

Material y Método:

Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos: PUBMED, CUIDEN y Biblioteca Virtual de la Salud de Castilla-La Mancha en la que se ha empleado filtros de búsqueda: idioma español e inglés, publicados en los últimos 10 años y que se encontrasen con el texto completo. Las palabras clave empleadas fueron: TEC, ENFERMERÍA, SALUD MENTAL junto con los operadores booleanos AND / OR.

Resultados:

En la fase Post TEC, son funciones de la enfermera:

Administrar oxígeno y retirar el protector bucal que se ha utilizado en el procedimiento.

Registrar toda la medicación administrada.

Detectar y actuar frente a las posibles complicaciones y los efectos secundarios inmediatos y tardíos.

Orientar y dar seguridad al paciente.

Controlar las constantes vitales periódicamente.

Trasladar al paciente a la Unidad de Hospitalización en decúbito supino y con el cabezal incorporado 30 – 45º.

Reiniciar la dieta del paciente según su tolerancia.

Conclusiones:

El personal de enfermería de salud mental, realiza numerosas intervenciones después de la terapia electroconvulsiva. Estos cuidados siempre persiguen obtener el resultado más beneficioso para el paciente y familiares y así disminuir sus efectos secundarios.

Bibliografía

1.- Guedes Arbelo, Chaxiaraxi; Galindo Asensio, Ángeles; Sánchez Guisado, María del Mar. Valoración de la recuperación del paciente en la fase post-terapia electroconvulsiva, tras una adecuada actuación de enfermería. Rev Paraninfo Digital, 2013; 19.

Disponible en: http://www.index-f.com/para/n19/224d.php

2.- Granero Lázarp, A; Arredondo Fernández, A; Bleda García, F; Arrufat Nebot, F. Guía de actuación para el paciente tratado con terapia electroconvulsiva. Rev Metas de enfermería ,2020; 2.

3.- Urricelgui Chasco, A; García del Valle Méndez, G; García Devor, B. Terapia electroconvulsiva (TEC)Indicaciones y contraindicaciones. Actuación de enfermería. REV ROL de enfermería, 2019.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 119

La contaminación Acústica en los Hospitales

Gutiérrez Ramos, Noelia
Martínez Herreros, Yolanda

LA CONTAMINACIÓN ACÚSTICA EN LOS HOSPITALES

AUTORES: *Gutiérrez Ramos Noelia, Martínez Herreros Yolanda*

INTRODUCCIÓN:

En las últimas décadas existe una preocupación por el medio ambiente, como se refleja en las legislaciones a nivel mundial y en los movimientos sociales. La tendencia en los planes de calidad es convertir los hospitales más sostenibles y comprometidos con el medio ambiente.

La contaminación acústica es un problema de salud pública según la OMS, que recomienda unos niveles de ruidos intrahospitalarios entre 40 decibelios durante el día y 30 decibelios durante la noche.

Se entiende por contaminación acústica la presencia en el ambiente de ruidos o vibraciones, cualquiera que sea el emisor acústico que lo origine, que impliquen molestias, riesgo o daño para las personas, para el desarrollo de sus actividades o para los bienes de cualquier naturaleza, o que causen efectos significativos sobre el medio ambiente.

OBJETIVOS

- Fomentar la Cultura del Silencio en los hospitales entre los pacientes, familiares y profesionales.
- Conseguir Hospitales comprometidos con el medio ambiente.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica existente en las bases de datos Pubmed, Cochrane, Google Académico, revistas de Enfermería (Enfermeria Intensiva, Rol de Enfermería, Enfermería Clínica y Metas en Enfermería)

La búsqueda, sin limitación tiempo, se realizó con las siguientes palabras claves: Ruido, Contaminación acústica, Hospitales (Noise, Noise pollution, Hospital)

RESULTADOS

Las leyes que pretenden regular la contaminación acústica, consideran las áreas de sensibilidad acústica donde el ruido debe ser menor, entre estas áreas se encuentran los Hospitales.

El ruido se define como cualquier sonido que molesta o incomoda y que produce o puede de producir, un resultado psicológico y fisiológico adverso. Hay que tener en cuenta el aspecto subjetivo del ruido. Según la bibliografía es uno de los factores más estresante en el medio hospitalario.

Los estudios muestran que los niveles de ruidos en las diferentes áreas hospitalarias exceden a los decibelios actualmente recomendados. Las fuentes de ruidos son multifactoriales como por ejemplo: Las actividades diarias en la práctica clínica, Las Alarmas de los Monitores/Respiradores, La realización de las pruebas diagnósticas, Apertura y cierre de puertas, Los teléfonos, La intensidad de la voz de los pacientes, familias y profesionales.

El ruido puede tener efectos perjudiciales sobre la salud de los pacientes tales como alteraciones del patrón del sueño, alteraciones cardiovasculares y/o respiratorias, efectos neuropsíquico, como ansiedad, confusión, irritabilidad,… y sobre los profesionales causa estrés emocional, disminución de la concentración, efecto Lombardo, efectos en el sistema auditivo.

CONCLUSIONES

La contaminación acústica es un problema grave que tiene efectos nocivos en la salud de los pacientes, familiares y profesionales.

Se debería utiliza el Silencio como herramienta terapéutica y fomentar una cultura asistencial que disminuya los niveles de ruidos, lo que conllevará una mejora en la calidad de la asistencia, seguridad del paciente y entorno saludable de trabajo, confort y bienestar en los Hospitales para pacientes y profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

1.- https://www.miteco.gob.es/es/calidad-y-evaluacion-ambiental/temas/atmosfera-y-calidad-del-aire/contaminacion-acustica/

2.- Lara Domínguez PA. El impacto del ruido ambiental en los pacientes de una unidad de cuidados intensivos ¿es posible un cambio? Universidad de Málaga. 2015. Disponible en http://orcid.org/0000-0002-5126-6998

3.- World Health Organization WHO Guidelines for Community Noise 1999.

Resumen: El ruido es uno de los factores más estresantes en el medio hospitalario, y provoca efectos dañinos en la salud tanto de pacientes como de los profesionales. La tendencia en los planes de calidad es convertir los hospitales más sostenibles y comprometidos con el medio ambiente. Se debe fomentar la cultura del silencio y actuar sobre la contaminación acústica para conseguir hospitales saludables.

Palabras Clave: Ruido, Contaminación acústica, Hospitales

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

En las últimas décadas existe una preocupación por el medio ambiente, como se refleja en las legislaciones a nivel mundial y en los movimientos sociales.

La tendencia en los planes de calidad es convertir los hospitales más sostenibles y comprometidos con el medio ambiente.

La contaminación acústica es un problema de salud pública según la OMS, que recomienda unos niveles de ruidos intrahospitalarios entre 40 decibelios durante el día y 30 decibelios durante la noche.

Se entiende por contaminación acústica la presencia en el ambiente de ruidos o vibraciones, cualquiera que sea el emisor acústico que lo origine, que impliquen molestias, riesgo o daño para las personas, para el desarrollo de sus actividades o para los bienes de cualquier naturaleza, o que causen efectos significativos sobre el medio ambiente.

Objetivos:

1.- Fomentar la Cultura del Silencio en los hospitales entre los pacientes, familiares y profesionales.

2.- Conseguir Hospitales comprometidos con el medio ambiente.

Material y Método:

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica existente en las bases de datos Pubmed, Cochrane, Google Académico, revistas de Enfermería (intensiva, Rol de Enfermería, Enfermería Clínica y Metas en Enfermería)

La búsqueda, sin limitación tiempo, se realizó con las siguientes palabras claves: Ruido, Contaminación acústica, Hospitales (Noise, Noise pollution, Hospital)

Resultados:

Las leyes que pretenden regular la contaminación acústica, consideran las áreas de sensibilidad acústica donde el ruido debe ser menor, entre estas áreas se encuentran los Hospitales.

El ruido se define como cualquier sonido que molesta o incomoda y que produce o puede de

producir, un resultado psicológico y fisiológico adverso. Hay que tener en cuenta el aspecto subjetivo del ruido. Según la bibliografía es uno de los factores más estresante en el medio hospitalario.

Los estudios muestran que los niveles de ruidos en las diferentes áreas hospitalarias exceden a los decibelios actualmente recomendados. Las fuentes de ruidos son multifactoriales como por ejemplo: Las actividades diarias en la práctica clínica, Las Alarmas de los Monitores/Respiradores, La realización de las pruebas diagnósticas, Apertura y cierre de puertas, Los teléfonos, La intensidad de la voz de los pacientes, familias y profesionales.

El ruido puede tener efectos perjudiciales sobre la salud de los pacientes tales como alteraciones del patrón del sueño, alteraciones cardiovasculares y/o respiratorias, efectos neuropsíquico, como ansiedad, confusión, irritabilidad,… y sobre los profesionales causa estrés emocional, disminución de la concentración, efecto Lombardo, efectos en el sistema auditivo.

Conclusiones:

La contaminación acústica es un problema grave que tiene efectos nocivos en la salud de los pacientes, familiares y profesionales.

Se debería utiliza el Silencio como herramienta terapéutica y fomentar una cultura asistencial que disminuya los niveles de ruidos, lo que conllevará una mejora en la calidad de la asistencia, seguridad del paciente y entorno saludable de trabajo, confort y bienestar en los Hospitales para pacientes y profesionales.

Bibliografía

1.-https://www.miteco.gob.es/es/calidad-y-evaluacion-ambiental/temas/atmosfera-y-calidad-del-aire/contaminacion-acustica/

2.- World Health Organization WHO Guidelines for Community Noise 1999.

3.- Comunidades Europeas. Directiva 2002/49/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 25 de junio de 2002, sobre evaluación y gestión del ruido ambiental. [Internet]. 2002. Available from: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-L- 2002-81289

4.- Lara Domínguez PA. El impacto del ruido ambiental en los pacientes de una unidad de cuidados intensivos ¿es posible un cambio? Universidad de Málaga. 2015. Disponible en http://orcid.org/0000-0002-5126-6998

5.- Medrzycka-Dabrowska W, Lewandowska K, Kwiecien-Jagus K, Czyz-Szypenbajl K. Sleep deprivation in Intensive Care Unit-Systematic Review. Open Med (Wars). 2018; 13:384-393. DOI: 10.1515/med-2018-0057.eCollection 2018

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 120

La epilepsia: manejo obstétrico de la matrona durante el embarazo y el parto

Gómez Gutiérrez, María José

La epilepsia: manejo obstétrico de la matrona durante el embarazo y el parto

Gómez Gutiérrez, MJ.

Introducción

La **epilepsia** es el segundo trastorno neurológico más frecuente durante la gestación después de la migraña. Cerca de 1 de cada 200 mujeres embarazadas está diagnosticada de esta patología, de las cuales el 95% tienen prescrito tratamiento epiléptico.

Objetivos

- ▶ Determinar qué es una crisis epiléptica y cuáles son los fármacos utilizados en su tratamiento.
- ▶ Identificar las recomendaciones durante el embarazo.
- ▶ Analizar el manejo de la epilepsia en el parto.

Palabras clave

Epilepsia, matrona, embarazo, parto.

Material y métodos

Se ha realizado una **revisión bibliográfica** de artículos relacionados con el manejo obstétrico de la epilepsia, priorizando los relacionados con la Enfermería Obstétrico Ginecológica. Se han utilizado las bases de datos: **Pubmed, The Cochrane Database y Scielo**.

- ▶ Revisiones bibliográficas del tema.
- ▶ Artículos sobre epilepsia.
- ▶ Artículos de la labor de la matrona en este tema.
- ▶ Artículos en castellano e inglés.
- ▶ Artículos con fecha de 2019 o posterior.

- ▶ Artículos sobre epilepsia.
- ▶ Artículos exentos de interés enfermero.
- ▶ Artículos anteriores al año 2019.

Resultados

¿Qué es una crisis epiléptica?

- ❑ Es la manifestación clínica de una **descarga neuronal** excesiva e hipersincrónica autolimitada. En función del área cerebral afectada, la crisis tiene manifestaciones diversas: motoras, sensitivas, psíquicas…
- ❑ Tienen una gran relevancia materno-fetal y se han de considerar como una **urgencia vital** en gestantes.

¿Cuáles son los principales fármacos antiepilépticos?



¿Qué recomendaciones hay que tener en cuenta en el embarazo?

- ❖ No es imprescindible modificar el tratamiento si existe un **buen control pregestacional** de las crisis epilépticas y el fármaco indicado no es teratógeno.
- ❖ El **antiepiléptico de elección** será aquel que sea eficaz para el tipo de crisis de la gestante y tenga un perfil de seguridad óptimo para el feto, con la dosis mínima eficaz.
- ❖ **Evitar el valproato** o, si no existen otras alternativas, pautarlo a la dosis mínima eficaz de cara a disminuir el riesgo de malformaciones y retraso cognitivo. Si la gestante tiene antecedentes familiares de espina bífida, **evitar además la carbamazepina.**

¿Cuál es el manejo de las crisis convulsivas durante el parto?

- ❑ Está **contraindicado suspender el tratamiento** antiepiléptico durante el trabajo de parto.
- ❑ Las crisis convulsivas durante la dilatación y el expulsivo deben tratarse con **benzodiazepinas** por vía intravenosa.
- ❑ En caso de crisis convulsivas, la **cesárea es la vía de elección** del parto, más si cabe si son recidivantes o la gestante no puede cooperar por la alteración del estado de conciencia.

Discusión

- ✓ Cerca del 1-2% de las embarazadas epilépticas han sufrido **crisis tónico-clónicas** durante el parto.
- ✓ Las **24h tras el parto** constituyen el periodo de mayor riesgo de crisis epilépticas (1-2%), por lo que habrá que facilitar el descanso, la ayuda en la lactancia y asegurar la adherencia terapéutica al tratamiento.

Conclusiones

- ▶ Una crisis epiléptica es la manifestación clínica de una **descarga neuronal** excesiva e hipersincrónica autolimitada.
- ▶ El **antiepiléptico de elección** durante la gestación será aquel que sea eficaz para el tipo de crisis de la gestante y tenga un perfil de seguridad óptimo para el feto, con la dosis mínima eficaz.
- ▶ Las **crisis convulsivas** durante la dilatación y el expulsivo deben tratarse con benzodiazepinas por vía intravenosa.

Bibliografía

- ▶ Hospital Clínic de Barcelona. **Epilepsia y gestación.** Barcelona: 2021; 1-16.
- ▶ Jiménez M. **Epilepsia y gestación. Factores asociados con la presencia de crisis en la gestación.** *Rev Neurología*. Badalona: 2020; 14 (3): 1-8.
- ▶ González O, Matuk Y, Sosa L. **Guía clínica: epilepsia en la mujer embarazada y en edad fértil.** *Rev Mex Neurocienc.* 2019. 20 (2): 49-55.
- ▶ SEN: Sociedad Española de Neurología. **Manual de Práctica Clínica en Epilepsia**. Madrid: 2019; 4-226.

Resumen: INTRODUCCIÓN: la epilepsia es el segundo trastorno neurológico más frecuente durante la gestación.

OBJETIVOS: determinar el manejo obstétrico de una crisis epiléptica en embarazo y parto.

MATERIAL Y MÉTODOS: revisión bibliográfica.

RESULTADOS: las crisis epilépticas se consideran una urgencia vital en gestantes. No es imprescindible modificar el tratamiento si existe buen control pregestacional y no es teratógeno. Durante el parto, está contraindicado suspender el tratamiento, siendo la cesárea la vía de elección del parto.

CONCLUSIONES: el antiepiléptico de elección será aquel con mínima dosis eficaz y tenga un perfil de seguridad óptimo para el feto, finalizando el parto mediante cesárea.

Palabras Clave: Epilepsia, Embarazo, Parto

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La epilepsia es el segundo trastorno neurológico más frecuente durante la gestación después de la migraña. Cerca de 1 de cada 200 mujeres embarazadas está diagnosticada de esta patología, de las cuales el 95% tienen prescrito tratamiento epiléptico.

Objetivos:

- Determinar qué es una crisis epiléptica y cuáles son los fármacos utilizados en su tratamiento.
- Identificar las recomendaciones durante el embarazo.
- Analizar el manejo de la epilepsia en el parto.

Material y Método:

Se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos relacionados con el manejo obstétrico de la epilepsia, priorizando los relacionados con la Enfermería Obstétrico Ginecológica. Se han utilizado las bases de datos: Pubmed, The Cochrane Database y Scielo.

Factores de inclusión:

- Revisiones bibliográficas del tema.
- Artículos sobre epilepsia.
- Artículos de la labor de la matrona en este tema.
- Artículos en castellano e inglés.
- Artículos con fecha de 2019 o posterior.

Factores de exclusión:

- Artículos sobre epilepsia.
- Artículos exentos de interés enfermero.
- Artículos anteriores al año 2019.

Resultados:

¿Qué es una crisis epiléptica?

Es la manifestación clínica de una descarga neuronal excesiva e hipersincrónica autolimitada. En función del área cerebral afectada, la crisis tiene manifestaciones diversas: motoras, sensitivas, psíquicas… Tienen una gran relevancia materno-fetal y se han de considerar como una urgencia vital en gestantes.

¿Cuáles son los principales fármacos antiepilépticos?

El ácido valproico, la carbamacepina, la fenitoína, el fenobarbital, la lamotrigina y el topiramato.

¿Qué recomendaciones hay que tener en cuenta en el embarazo?

- No es imprescindible modificar el tratamiento si existe un buen control pregestacional de las crisis epilépticas y el fármaco indicado no es teratógeno.
- El antiepiléptico de elección será aquel que sea eficaz para el tipo de crisis de la gestante y tenga un perfil de seguridad óptimo para el feto, con la dosis mínima eficaz.
- Evitar el valproato o, si no existen otras alternativas, pautarlo a la dosis mínima eficaz de cara a disminuir el riesgo de malformaciones y retraso cognitivo. Si la gestante tiene antecedentes familiares de espina bífida, evitar además la carbamazepina.

¿Cuál es el manejo de las crisis convulsivas durante el parto?

- Está contraindicado suspender el tratamiento antiepiléptico durante el trabajo de parto.
- Las crisis convulsivas durante la dilatación y el expulsivo deben tratarse con benzodiazepinas por vía intravenosa.
- En caso de crisis convulsivas, la cesárea es la vía de elección del parto, más si cabe si son recidivantes o la gestante no puede cooperar por la alteración del estado de conciencia

Discusión:

- Cerca del 1-2% de las embarazadas epilépticas han sufrido crisis tónico-clónicas durante el parto.
- Las 24h tras el parto constituyen el periodo de mayor riesgo de crisis epilépticas (1-2%), por lo que habrá que facilitar el descanso, la ayuda en la lactancia y asegurar la adherencia terapéutica al tratamiento.

Conclusión:

- Una crisis epiléptica es la manifestación clínica de una descarga neuronal excesiva e hipersincrónica autolimitada.
- El antiepiléptico de elección durante la gestación será aquel que sea eficaz para el tipo de crisis de la gestante y tenga un perfil de seguridad óptimo para el feto, con la dosis mínima eficaz.
- Las crisis convulsivas durante la dilatación y el expulsivo deben tratarse con benzodiazepinas por vía intravenosa.

Bibliografía

1.- Hospital Clinic de Barcelona. Epilepsia y gestación. Barcelona: 2021; 1-16.

2.- Jiménez M. Epilepsia y gestación. Factores asociados con la presencia de crisis en la gestación. Rev Neurología. Badalona: 2020; 14 (3): 1-8.

3.- González O, Matuk Y, Sosa L. Guía clínica: epilepsia en la mujer embarazada y en edad fértil. Rev Mex Neurocienc. 2019. 20 (2): 49-55.

4.- SEN: Sociedad Española de Neurología. Manual de Práctica Clínica en Epilepsia. Madrid: 2019; 4-226

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 121

La PCA como método para el manejo del dolor.

Garrido Ruiz, Vanessa
Sanabria Moreno, María

La PCA como método para el manejo de dolor



Vanessa Garrido Ruiz, María Sanabria Moreno

SATSE

Introducción

La PCA (Patient controlled analgesia) es un método de administración de analgésicos, generalmente opioides, a través de un dispositivo automático y programable, que permite, mediante un pulsador, que controla el paciente, la administración a demanda de analgesia. La PCA permite la administración de bolos de analgesia, previamente programada, por parte del paciente cuando éste precise por dolor. Puede ir asociada o no a perfusión continua. Puede administrarse por diferente vías: intravenosa, epidural, intratecal , subcutánea…

La PCA puede utilizarse para situaciones de dolor agudo, como estados postquirúrgicos, y para situaciones de dolor crónico como el dolor de origen oncológico.

Objetivos

- Aportar información sobre el método de analgesia PCA
- Conseguir disminuir la ansiedad asociada al dolor
- Mejorar el manejo de dolor

Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliografía en diferentes bases de datos: Cochrane Library, Pubmed , Scielo, así como en guías de practica clínica, y páginas web de organismos oficiales (web Ministerio de Sanidad, SECIP)

Palabras clave: PCA, analgesia, dolor, bolos, seguridad, infusiones intravenosas.

Resultados y conclusiones:

Tras la revisión de los artículos de las diferentes bases de datos se puede concretar que para poder conseguir los resultados esperados de la analgesia controlada por el paciente, en primer lugar es necesario, individualizar el tratamiento y valorar aspectos propios del paciente como nivel de conciencia, capacidad física para poder accionar la infusión mediante el pulsador, edad… Es importante explicar de manera clara y concisa el funcionamiento del dispositivo de infusión por parte del personal de enfermería. Después deben ajustarse los parámetros según necesidades del paciente (dosis de carga, bolo, infusión basal, intervalo de cierre y dosis máxima). Es preciso reevaluar la eficacia del tratamiento a diario, valorando el número de veces que el paciente solicita analgesia a demanda. Aunque los estudios no encuentran diferencias significativas respecto a las dosis de analgesia precisadas por el paciente, sí encuentran diferencias en cuando a satisfacción del paciente respecto al control del dolor, disminuyendo su ansiedad respecto a éste, ya que, es el propio paciente quien puede controlar cuándo administrar una nueva dosis de analgesia según lo precise.

Bibliografía:

1. Esteve-Pérez N, Iborra-Escalona J, Gómez-Romero G, Sansaloni-Perelló C, Verger-Bennasar AM, Tejada-Gavela S, Riera-Sagrera M, Mora-Fernández LC, Eferctividad de la analgesia controlado por el paciente en el dolor agudo y crónico después de cirugía cardíaca: estudio prospectivo. Rev Soc Esp Dolor 2020;27(1):24-36
2. McNicol ED, Ferguson MC, Hudcova J. Patient controlled opioid analgesia versus non-patient controlled opioid analgesia for postoperative pain. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 6. Art. No.: CD003348. DOI: 10.1002/14651858.CD003348.pub3.
3. Calderón-Vidal M, Luna-Hernández P, Urrea-Valdez BML, Garduño-López AL. El ABC de la analgesia controlada por el paciente. Rev Mexicana de Anestesiología 2019, 42 (3) :228

Resumen: La PCA (patient controlled analgesia) es un método para el control del dolor tanto agudo como crónico en el que la participación del paciente es clave. Permite la administración de bolos cuando el paciente lo solicite. La administración de la analgesia se lleva a cabo a través de una bomba de infusión previamente programada con unos parámetros que permiten el control y evitan la sobredosificación. La PCA permite reducir la ansiedad del paciente en relación al dolor.

Palabras Clave: PCA, Analgesia, Dolor

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La PCA (Patient controlled analgesia) es un método de administración de analgésicos, generalmente opioides, a través de un dispositivo automático y programable, que permite, mediante un pulsador, que controla el paciente, la administración a demanda de analgesia. La PCA permite la administración de bolos de analgesia, previamente programada, por parte del paciente cuando éste precise por dolor. Puede ir asociada o no a perfusión continua. Puede administrarse por diferente vías: intravenosa, epidural, intratecal , subcutánea…

La PCA puede utilizarse para situaciones de dolor agudo, como estados postquirúrgicos, y para situaciones de dolor crónico como el dolor de origen oncológico.

Objetivos:

- Aportar información sobre el método de analgesia PCA

- Conseguir disminuir la ansiedad asociada al dolor

- Mejorar el manejo de dolor

Material y Método:

- Se ha llevado a cabo una revisión bibliografía en diferentes bases de datos: Cochrane Library, Pubmed , Scielo, así como en guías de practica clínica, y páginas web de organismos oficiales (web Ministerio de Sanidad, SECIP).

Resultados y conclusiones:

Tras la revisión de los artículos de las diferentes bases de datos se puede concretar que para poder conseguir los resultados esperados de la analgesia controlada por el paciente, en primer lugar es necesario, individualizar el tratamiento y valorar aspectos propios del paciente como nivel de conciencia, capacidad física para poder accionar la infusión mediante el pulsador, edad… Es importante explicar de manera clara y concisa el funcionamiento del dispositivo de infusión por parte del personal de enfermería. Después deben ajustarse los parámetros según necesidades del paciente (dosis de carga, bolo, infusión basal, intervalo de cierre y dosis máxima). Es preciso reevaluar la eficacia del tratamiento a diario, valorando el número de veces que el paciente solicita

analgesia a demanda. Aunque los estudios no encuentran diferencias significativas respecto a las dosis de analgesia precisadas por el paciente, sí encuentran diferencias en cuando a satisfacción del paciente respecto al control del dolor, disminuyendo su ansiedad respecto a éste, ya que, es el propio paciente quien puede controlar cuándo administrar una nueva dosis de analgesia según lo precise.

Bibliografía

1.- Esteve-Pérez N, Iborra-Escalona J, Gómez-Romero G, Sansaloni-Perelló C, Verger-Bennasar AM, Tejada-Gavela S, Riera-Sagrera M, Mora-Fernández LC, Eferctividad de la analgesia controlado por el paciente en el dolor agudo y crónico después de cirugía cardíaca: estudio prospectivo. Rev Soc Esp Dolor 2020;27(1):24-36

2.- McNicol ED, Ferguson MC, Hudcova J. Patient controlled opioid analgesia versus non-patient controlled opioid analgesia for postoperative pain. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 6. Art. No.: CD003348. DOI: 10.1002/14651858.CD003348.pub3.

3.- Vidal M, Luna-Hernández P, Urrea-Valdez BML, Garduño-López AL. El ABC de la analgesia controlada por el paciente. Rev Mexicana de Anestesiología 2019, 42 (3) :228

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 122

Lavados nasales vs aspirador nasal

González López, Amanda

LAVADOS NASALES Vs ASPIRADOR NASAL

González López, A. Hospital Virgen del Rocío (Sevilla)

XIV CONGRESO DE INVESTIGACION ENFERMERIA Y FISIOTERAPIA (Ciudad Real)



1. INTRODUCCIÓN

La bronquiolitis es la infección respiratoria vías bajas mas frecuente que afecta anualmente al 75% de los lactantes menores de 1 año y que produce un 18% de ingresos hospitalarios pediátricos en España, lo que supone la principal causa de ingreso en niños menores de 2 años. Los lavados nasales son una técnica efectividad para descongestionar las mucosidades del paciente, especialmente en aquellos menores de 2 años. En la actualidad también se comercializan dispositivos de aspiración nasal domiciliaria tales como los que se observan en las imágenes, sin embargo no se conoce demasiado a cerca de su efectividad.

2. OBJETIVOS

El objetivo de esta revisión es la de analizar la efectividad de los lavados nasales/irrigación nasal frente a los dispositivos de aspiraciones nasales domiciliarios en pacientes pediátricos

3. METODOLOGIA

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en Medline, Cochrane library plus, CUIDEN y Google schoolar. Los criterios de inclusión fuero artículos de lengua española e inglesa publicados desde 2007 hasta 2023 sobre el tema tratado. Las palabras clave para la búsqueda fueron “nasal irrigation practice habits (NIPH)” AND “Aspirator nasal” AND “babys” OR “infants” OR “Neonatal”. Se excluyeron aquellos artículos basados en casos clínicos y los artículos con muestras de adultos.





4. RESULTADOS

No se han encontrado suficientes estudios que abalen la efectividad de los aspiradores nasales. Un estudio italiano, estudio la efectividad de uno de los dispositivos (Narhinel ®), siendo este el mas efectivo de los dispositivos encontrados en el mercado. El 92% de los padres que usaron el aspirador resulto altamente satisfecho con él, además demostró ser seguro y fácil de usar. Entre sus complicaciones, destaca la hemorragia nasal y el llanto excesivo. Otro estudio asoció una mejoría del estado de salud en pacientes con antecedentes respiratorios con el uso de un aspirador nasal automático junto con aerosol terapia.

Esta técnica supone una descongestión y alivio de los síntomas de la mayoría de las bronquiolitis, pero no supone un tratamiento. Sin embargo, otros estudios demuestran que puede llegar a reducir las complicaciones otorrinolaringólogas, y el uso de otro tratamiento como antibióticos, mucolíticos en niños con rinitis frecuente.







Respecto a los lavados nasales, son actualmente la técnica mas aconsejada por pediatras. Para irrigar se usan las soluciones de NaCl 0,9% isotónicas o hipotónicas, no existe evidencia de que las concentraciones hipertónicas o incluso el agua de mar sean mas efectivas, pero si se desaconsejan en lactantes por producir irritación local. Se recomienda usar monodosis estériles para evitar el riesgo de contaminación. Las recomendaciones a cerca de la presión aconsejan realizarlos con jeringas, aunque no esta claro la cantidad en ml a infundir se estima que 2 ml en lactantes y hasta 5 ml en mayores de 2 años. Es importante realizarlos con presión positiva, y de una sola embolada.

5. CONCLUSIONES

- Es necesario más estudios que apoyen las evidencias sobre los dispositivos de aspiración nasal en pacientes pediátricos, especialmente neonatales.
- La AEP (Asociacion española de pediatria) no recomienda el uso de aspiradores nasales, no obstante no se han encontrado explicaciones que clarifiquen este posicionamiento.
- Respecto a los lavados nasales, no está todavía claro la cantidad optima de ml para irrigar en cada coana. Los padres se suelen sentir mas inseguros al manejar ellos los cuidados, y es por eso que éstos no resultan del todo útiles, y por ello no obtienen una mejoría en el tratamiento.
- Como conclusión, cualquiera de las dos técnicas, bien realizadas, son útiles para aliviar de el descongestionamiento nasal que sufren dichos pacientes.

1. Duelo Marcos M. Bronquiolitis aguda: ¿seguimos la evidencia científica? Congreso de Actualización Pediatría 2020. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2020. p. 77-85. https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/congreso2020/77-86_bronquiolitis_aguda.pdf
2. E, Peñalva Boronat, L. Martínez Hernando, A. Ballarín Ferrer, N. Sanz Peña, AC Aguado Jiménez, M. Navarro Torres. Lavados nasales en neonatos ¿Son efectivos? Revista Sanitaria de Investigación, ISSN-e 2660-7085, Vol. 3, Nº. 2, 2022 https://revistasanitariadeinvestigacion.com/lavados-nasales-en-neonatos-son-efectivos/
3. Casati M, Picca M, Marinello R, Quartarone G. Safety of use, efficacy and degree of parental satisfaction with the nasal aspirator Narhinel in the treatment of nasal congestion in babies. Minerva Pediatrica. 2007 Aug;59(4):315-325. https://europepmc.org/article/med/17947838
4. Pizzulli A, Perna S, Bennewiz A, Roeblitz H, Tripodi S, Florack J, Wagner P, Hofmaier S, Matricardi PM. The impact of nasal aspiration with an automatic device on upper and lower respiratory symptoms in wheezing children: a pilot case-control study. Ital J Pediatr. 2018 Jun 14;44(1):68. doi: 10.1186/s13052-018-0489-6. Erratum in: Ital J Pediatr. 2018 Jul 10;44(1):78. PMID: 29898751; PMCID: PMC6001015. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6001015/
5. P. Cnockaert, N. Audag, W. Poncin, Nasal irrigation practice habits in infants: A Belgian survey: Nasal irrigation practice habits in infants. Archives de Pédiatrie, Volume 29, Issue 3, 2022. https://doi.org/10.1016/j.arcped.2022.01.010

Resumen: La bronquiolitis es la infección respiratoria de vías bajas más frecuente que afecta anualmente al 75% de lactantes menores de 1 año. Produce un 18% de ingresos hospitalarios en España. Es la principal causa de ingreso en niños menores de 2 años. Los lavados nasales, son los de mayor efectividad para descongestionar las mucosidades del paciente, especialmente en aquellos menores de 2 años. Actualmente se comercializan dispositivos de aspiración nasal domiciliaria. Sin embargo ¿hasta qué punto son efectivos? Este trabajo supone una revisión bibliográfica existente de la bibliografía disponible en este momento para comprobar la efectividad de esta técnica.

Palabras Clave: Lavados nasales, Aspirador nasal, Bronquiolitis

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La bronquiolitis es la infección respiratoria vías bajas mas frecuente que afecta anualmente al 75% de los lactantes menores de 1 año y que produce un 18% de ingresos hospitalarios pediátricos en España, lo que supone la principal causa de ingreso en niños menores de 2 años. Los lavados nasales son una técnica efectividad para descongestionar las mucosidades del paciente, especialmente en aquellos menores de 2 años. En la actualidad también se comercializan dispositivos de aspiración nasal domiciliaria tales como los que se observan en las imágenes, sin embargo, no se conoce demasiado a cerca de su efectividad.

Objetivos:

El objetivo de esta revisión es la de analizar la efectividad de los lavados nasales/irrigación nasal frente a los dispositivos de aspiraciones nasales domiciliarios en pacientes pediátricos

Metodología:

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en Medline, Cochrane library plus, CUIDEN y Google schoolar. Los criterios de inclusión fuero artículos de lengua española e inglesa publicados desde 2007 hasta 2023 sobre el tema tratado. Las palabras clave para la búsqueda fueron “nasal irrigation practice habits (NIPH)” AND “Aspirator nasal” AND “babys” OR “infants” OR “Neonatal”. Se excluyeron aquellos artículos basados en casos clínicos y los artículos con muestras de adultos.

Resultados:

No se han encontrado suficientes estudios que abalen la efectividad de los aspiradores nasales. Un estudio italiano, estudio la efectividad de uno de los dispositivos (Narhinel ®), siendo este el mas efectivo de los dispositivos encontrados en el mercado. El 92% de los padres que usaron el aspirador resulto altamente satisfecho con él, además demostró ser seguro y fácil de usar. Entre sus complicaciones, destaca la hemorragia nasal y el llanto excesivo. Otro estudio asoció una mejoría del estado de salud en pacientes con antecedentes respiratorios con el uso de un aspirador nasal automático junto con aerosol terapia.

Esta técnica supone una descongestión y alivio de los síntomas de la mayoría de las bronquiolitis, pero no supone un tratamiento. Sin embargo, otros estudios demuestran que puede llegar a reducir las complicaciones otorrinolaringólogas, y el uso de otro tratamiento como antibióticos, mucolíticos en niños con rinitis frecuente.

Respecto a los lavados nasales, son actualmente la técnica mas aconsejada por pediatras. Para irrigar se usan las soluciones de NaCl 0,9% isotónicas o hipotónicas, no existe evidencia de que las concentraciones hipertónicas o incluso el agua de mar sean mas efectivas, pero si se desaconsejan en lactantes por producir irritación local. Se recomienda usar monodosis estériles para evitar el riesgo de contaminación. Las recomendaciones a cerca de la presión aconsejan realizarlos con jeringas, aunque no esta claro la cantidad en ml a infundir se estima que 2 ml en lactantes y hasta 5 ml en mayores de 2 años. Es importante realizarlos con presión positiva, y de una sola embolada.

Conclusiones:

- ☐ Es necesario más estudios que apoyen las evidencias sobre los dispositivos de aspiración nasal en pacientes pediátricos, especialmente neonatales.
- ☐ La AEP (Asociacion española de pediatria) no recomienda el uso de aspiradores nasales, no obstante no se han encontrado explicaciones que clarifiquen este posicionamiento.
- ☐ Respecto a los lavados nasales, no está todavía claro la cantidad optima de ml para irrigar en cada coana. Los padres se suelen sentir mas inseguros al manejar ellos los cuidados, y es por eso que éstos no resultan del todo útiles, y por ello no obtienen una mejoría en el tratamiento.
- ☐ Como conclusión, cualquiera de las dos técnicas, bien realizadas, son útiles para aliviar de el descongestionamiento nasal que sufren dichos pacientes.

Bibliografía

1.- Duelo Marcos M. Bronquiolitis aguda: ¿seguimos la evidencia científica? Congreso de Actualización Pediatría 2020. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2020. p. 77-85. https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/congreso2020/77-86_bronquiolitis_aguda.pdf

2.- E, Peñalva Boronat, L. Martínez Hernando, A. Ballarín Ferrer, N. Sanz Peña, AC Aguado Jiménez, M. Navarro Torres. Lavados nasales en neonatos ¿Son efectivos? Revista Sanitaria de Investigación, ISSN-e 2660-7085, Vol. 3, Nº. 2, 2022 https://revistasanitariadeinvestigacion.com/lavados-nasales-en-neonatos-son-efectivos/

3.- Casati M, Picca M, Marinello R, Quartarone G. Safety of use, efficacy and degree of parental satisfaction with the nasal aspirator Narhinel in the treatment of nasal congestion in babies. Minerva Pediatrica. 2007 Aug;59(4):315-325. https://europepmc.org/article/med/17947838

4.- Pizzulli A, Perna S, Bennewiz A, Roeblitz H, Tripodi S, Florack J, Wagner P, Hofmaier S, Matricardi PM. The impact of nasal aspiration with an automatic device on upper and lower respiratory symptoms in wheezing children: a pilot case-control study. Ital J Pediatr. 2018 Jun 14;44(1):68. doi: 10.1186/s13052-018-0489-6. Erratum in: Ital J Pediatr. 2018 Jul 10;44(1):78. PMID: 29898751; PMCID: PMC6001015. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6001015/

5.- P. Cnockaert, N. Audag, W. Poncin, Nasal irrigation practice habits in infants: A Belgian survey: Nasal irrigation practice habits in infants. Archives de Pédiatrie, Volume 29, Issue 3, 2022. https://doi.org/10.1016/j.arcped.2022.01.010

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 123

Lesiones crónicas en la insuficiencia venosa

Angulo Guzmán, Lucía
Lucas Caballero, Marina

LESIONES CRÓNICAS EN LA INSUFICIENCIA VENOSA

ANGULO GUZMÁN LUCÍA
LUCAS CABALLERO MARINA

INTRODUCCIÓN

A continuación, se expone el caso clínico de un paciente, varón de 85 años con varias lesiones en ambas piernas de ardua y tórpida evolución.
La accesibilidad y la facilidad de realizar un seguimiento por los profesionales de atención primaria agiliza el proceso de cicatrización de este tipo de lesiones. En este caso, fueron precisos varias intervenciones relacionadas con la lesión y con el estilo de vida del paciente y el entorno

OBSERVACIÓN INICIAL

Varón: 79 años
Antecedentes personales:
- Exfumador, SAHS grave con CPAP nocturna, HTP
- Obesidad mórbida tipo III (Peso: 131 kg); (IMC: 47.7)
- HTA, DL, DM tipo 2 insulinodependiente.
- Retinopatía.
- Polineuropatía.
- Nefropatía (IRC estadio II). ACO
- Poliartrosis.
- Insuficiencia venosa periférica crónica.

·TA: 168/85 MMHG
·GLUCEMIA CAPILAR 192
·SATURACIÓN 95%
·FRECUENCIA CARDIACA 89 LPM.

MAL CONTROL Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO







Las lesiones han ido apareciendo de forma espontánea y progresando de forma rápida.
Estas se encuentran de forma aleatoria por toda la región inferior de la extremidad, son de tamaño pequeño con lecho limpio, bordes irregulares y abundante exudado de color amarillento. Además, presenta zonas con hiperpigmanetación y atrofia blanca.Dolor moderado – alto y de predominio.

El diagnóstico es compatible con lipodermatoesclerosis (Clasificación CEAP C4B) en fase crónica:
- Se caracteriza por la presencia de fibrosis y esclerosis muy marcadas tanto de la dermis como del tejido celular subcutáneo, que en el examen físico se evidencia por medio de la induración de la piel y la presencia del típico signo de la botella de champagne invertida

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

Se planteó el caso a su Médico de atención primaria quien revisó ajustó y pauto un nuevo tratamiento antihipertensivo y diabético adaptado a las necesidades actuales del paciente. Además, se realizó educación sobre la adecuada técnicade administración de la insulina.

Peso:

– Se realiza educación para la salud no solo con el paciente sino con la familia entera:
– Se trabajan los distintos grupos de alimentos, cantidades y se acuerdan sucesivas citas conjuntas para ver peso y posibles dudas que puedan surgir durante el proceso.
– Se valoran diferentes actividades físicas de acuerdo con gustos y preferencias y se pacta una actividad física con posibilidad de aumentarla de forma gradual.

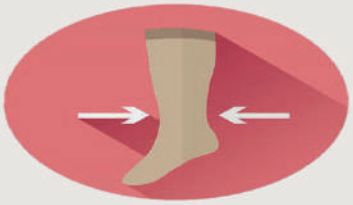
NANDA: 00046– Deterioro de la integridad cutánea manifestado por múltiples lesiones en ambas extremidades inferiores, relacionado con destrucción tisular y aumento de la exposición ambiental.
NOC:: 1102– Curación de heridas.. 1103 – Curación de la herida: por segunda intención.
NIC:6540– Control de las infecciones. 3660– Cuidados de las heridas. 3590 – Vigilancia de la piel.
NANDA: 00293 Disposición para mejorar la autogestión de la salud
NOC: 1632–Conducta de cumplimiento: actividad prescrita. 1855–Conocimiento: estilo de vida saludable
NIC: 5602: Enseñanza: proceso de enfermedad. 4480: Facilitar la autorresponsabilidad. 5510 – Educación sanitaria.

DIAGNÓSTICO: LIPODERMATOESCLEROSIS C4B

Dado que la piedra angular del tratamiento es la compresión se pautan medias de compresión entre 30–40 mm Hg y se incluyen medidas generales como el ejercicio físico, caminar y elevación de las piernas.
Para las lesiones lavado con agua y jabón y alginato en aquellas que tuvieran más exudado.
Como tratamiento tópico, todo aquello que sirva para restaurar la barrera cutánea: limpiadores syndet, emolientes y cremas barreras.
Los corticoides de potencia media o alta se utilizan (en periodos intermitentes) para aliviar el prurito.
A las dos semanas de mantener la compresión las lesiones cerraron y el dolor mejoró notablemente.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Una de las principales dificultades que genera el abordaje de este tipo de lesiones es el error en el diagnóstico, la mayoría de las veces no se conoce el tratamiento o la propia patología por lo que es necesario prestar atención a signos característicos que tengan la lesión además de investiga la historia clínica del paciente (especialmente si presenta EVC de larga evolución).
E incidir, que es igual de importante el manejo de la lesión como el abordaje integral de la persona y el entorno que las rodea.



1. Montero EC. 6 motivos por los que una úlcera venosa no cierra a pesar de la terapia compresiva [Internet]. Elena Conde Montero. 2021 [citado el 22 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.elenaconde.com/motivos-ulcera-venosa-no-cierra-a-pesar-de-la-terapia-compresiva/
2. Entradas VM. Valorar una lesión o edema en extremidad inferior [Internet]. Piernas en compresión. 2022 [citado el 22 de abril de 2023]. Disponible en: https://piernasencompresion.wordpress.com/2022/01/09/valorando-una-lesion-o-edema/
3. Taberner R, Perfil VT mi. Lipodermatoesclerosis: la celulitis que nunca fue [Internet]. Dermapixel.com. [citado el 22 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.dermapixel.com/2019/04/lipodermatoesclerosis-la-celulitis-que.html
4. Conde E. Atrofia blanca y acroangiodermatitis por insuficiencia venosa crónica [Internet]. Elena Conde Montero. 2019 [citado el 22 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.elenaconde.com/atrofia-blanca-y-acroangiodermatitis-dos-alteraciones-cutaneas-asociadas-a-la-insuficiencia-venosa-cronica/

Resumen: La trascendencia e importancia de los cuidados y tratamientos de calidad en atención primaria son la clave para mejorar el estado de salud de los pacientes. A continuación, se expone el caso clínico de un paciente, varón de 85 años con varias lesiones en ambas piernas de ardua y tórpida evolución.

La accesibilidad y la facilidad de realizar un seguimiento por los profesionales de atención primaria agiliza el proceso de cicatrización de este tipo de pacientes. En este caso, fueron precisos varias intervenciones relacionadas con la lesión y con el estilo de vida del paciente y el entorno.

Palabras Clave: Lipodermatoesclerosis, Enfermedad venosa crónica, Terapia compresiva

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La hipertensión venosa produce un aumento de la permeabilidad vascular con daño a nivel del endotelio, que genera difusión de macromoléculas, principalmente fibrinógeno con reclutamiento de células inflamatorias y que presenta dos estadios clínicos:

- Fase aguda: con la aparición de una placa eritematosa, indurada, con calor y dolor local, que puede progresar en un tiempo variable (entre 1 mes y 1 año)

- Fase crónica: que se caracteriza por la presencia de fibrosis y esclerosis muy marcadas tanto de la dermis como del tejido celular subcutáneo, que en el examen físico se evidencia por medio de la induración de la piel y la presencia del típico signo de la botella de champagne invertida, y es a lo que se conoce como lipodermatoesclerosis.

Observación inicial:

Se realiza una cura a domicilio de un varón de 79 años con antecedentes de:

- Exfumador, SAHS grave con CPAP nocturna, HTP
- Obesidad mórbida tipo III (Peso: 131 kg); (IMC: 47.7).
- HTA, DL, DM tipo 2 insulinodependiente.
- Retinopatía.
- Polineuropatía.
- Nefropatía (IRC estadio II). ACO
- Poliartrosis.
- Insuficiencia venosa periférica crónica.

<u>Se toman constantes:</u>

- TA: 168/85 mmhg

• Glucemia capilar 192

• Saturación 95%

• Frecuencia cardiaca 89 lpm.

Medicación actual:

• Losartán 25 mg

• Metamizol 575 mg

• Furosemida 20 mg

• Acenocumarol

Las lesiones han ido apareciendo de forma espontánea y progresando de forma rápida.

Estas se encuentran de forma aleatoria por toda la región inferior de la extremidad, son de tamaño pequeño con lecho limpio, bordes irregulares y abundante exudado de color amarillento. Además, presenta zonas con hiperpigmanetación y atrofia blanca.Dolor moderado - alto y de predominio.

Se comprueba si el paciente realiza algún control de TA y si la medicación prescrita se está administrando de la forma correcta, confirmándose que se realiza una incorrecta toma de medicación (tanto en dosis como en horarios) y un nulo control y seguimiento de su estado de salud.

Plan de cuidados enfermero:

NANDA:

00046- Deterioro de la integridad cutánea manifestado por múltiples lesiones en ambas extremidades inferiores, relacionado con destrucción tisular y aumento de la exposición ambiental.

NOC:

• 1102- Curación de heridas.

• 1103 – Curación de la herida: por segunda intención.

NIC:

• 6540- Control de las infecciones.

• 3660- Cuidados de las heridas.

• 3590 – Vigilancia de la piel.

NANDA

00293 Disposición para mejorar la autogestión de la salud

NOC

• 1632-Conducta de cumplimiento: actividad prescrita

• 1622-Conducta de cumplimiento: dieta prescrita

• 1623-Conducta de cumplimiento: medicación prescrita

• 1855-Conocimiento: estilo de vida saludable

NIC

• 5602: Enseñanza: proceso de enfermedad

• 4480: Facilitar la autorresponsabilidad

• 5510 - Educación sanitaria.

A partir de la información planteada se propuso y desarrolló el plan de cuidados enfermeros en base a los diagnósticos, criterios y actividades de enfermería.

Lo primero realizar una exploración exhaustiva, tanto de las lesiones como de la historia clínica del paciente, con el fin de encontrar todas aquellas características o puntos clave que puedan estar entorpeciendo la cicatrización y evolución del paciente.

Se planteó el caso a su Médico de atención primaria quien revisó ajustó y pauto un nuevo tratamiento antihipertensivo y diabético adaptado a las necesidades actuales del paciente.

Hipertensión:

• Se cambió losartán 25 por hidroclorotiazida 50 mg.

• Se recomienda la evaluación y control de la tensión al igual que la medicación.

Diabetes: se sube el tratamiento de insulina determir a 32 UI, y además se realiza educación diabetológica:

Y en cuanto al peso:

- Se realiza educación para la salud.

- Se trabajan los distintos grupos de alimentos, cantidades y se acuerdan sucesivas citas conjuntas para ver peso y posibles dudas que puedan surgir durante el proceso.

- Se pacta una actividad física con posibilidad de aumentarla de forma gradual.

A la exploración llamaban la atención una serie de signos:

- La hiperpigmentación que presentan ambas extremidades corresponde al nombre de dermatitis ocre. La hipertensión venosa resultante de la enfermedad venosa crónica no controlada provoca una extravasación de eritrocitos hacia la piel. Estos, son ingeridos y degradados por los macrófagos que liberan y acumulan el hierro en forma de hemosiderina, que al unirse a la melanina produce este signo tan característico de la insuficiencia venosa.

- Por otro lado, el paciente presentaba atrofia blanca, oclusiones de los pequeños vasos que provocan micro trombos de fibrina, hialinización y engrosamiento de sus paredes. Son indicadores de cicatrización de larga evolución.

- La forma de la extremidad en forma de botella invertida.

- Los pulsos estaban presentes por lo que no fue necesario la realización del ITB.

Por tanto, se pautan medias de compresión entre 30-40 mm Hg y se incluyen medidas generales como el ejercicio físico, caminar y elevación de las piernas.

Para las lesiones lavado con agua y jabón y alginato en aquellas que tuvieran más exudado.

Como tratamiento tópico, todo aquello que sirva para restaurar la barrera cutánea: limpiadores syndet, emolientes y cremas barreras. Los corticoides de potencia media o alta se utilizan (en periodos intermitentes) para aliviar el prurito.

A las dos semanas de mantener la compresión las lesiones cerraron y el dolor mejoró notablemente.

Discusión y Conclusiones:

Una de las principales dificultades que genera el abordaje de este tipo de lesiones es el error en el diagnóstico, la mayoría de las veces no se conoce el tratamiento o la propia patología por lo que es necesario prestar atención a signos característicos que tengan la lesión además de investiga la historia clínica del paciente (especialmente si presenta EVC de larga evolución).

E incidir, que es igual de importante el manejo de la lesión como el abordaje integral de la persona y el entorno que las rodea.

Bibliografía

1.- Montero EC. 6 motivos por los que una úlcera venosa no cierra a pesar de la terapia compresiva [Internet]. Elena Conde Montero. 2021 [citado el 22 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.elenaconde.com/motivos-ulcera-venosa-no-cierra-a-pesar-de-la-terapia-compresiva/

2.- Entradas VM. Valorar una lesión o edema en extremidad inferior [Internet]. Piernas en compresión. 2022 [citado el 22 de abril de 2023]. Disponible en: https://piernasencompresion.wordpress.com/2022/01/09/valorando-una-lesion-o-edema/

3.- Taberner R, Perfil VT mi. Lipodermatoesclerosis: la celulitis que nunca fue [Internet]. Dermapixel.com. [citado el 22 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.dermapixel.com/2019/04/lipodermatoesclerosis-la-celulitis-que.html

4.- Montero EC. Hierro, dermatitis ocre y úlcera venosa [Internet]. Elena Conde Montero. 2020 [citado el 22 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.elenaconde.com/hierro-dermatitis-ocre-y-ulcera-venosa/

5.- Conde E. Atrofia blanca y acroangiodermatitis por insuficiencia venosa crónica [Internet]. Elena Conde Montero. 2019 [citado el 22 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.elenaconde.com/atrofia-blanca-y-acroangiodermatitis-dos-alteraciones-cutaneas-asociadas-a-la-insuficiencia-venosa-cronica/

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 124

Lo que no sabías del Síndrome de Asperger

Espadas Sánchez, María
Vigara Barba, Alejandra

LO QUE NO SABÍAS DEL SÍNDROME DE ASPERGER

ESPADAS SÁNCHEZ, MARÍA; VIGARA BARBA, ALEJANDRA

INTRODUCCIÓN

El síndrome de asperger es un trastorno del desarrollo que lleva asociado una alteración neurobiológica, y manifiesta un conjunto de características mentales y de conducta que forman parte de los trastornos del espectro autista.
Acerca de la prevalencia del trastorno son muy variables, el trastorno de ansiedad y el depresivo son las dos enfermedades que más comúnmente se manifiestan con el trastorno de asperger; se estima que un 65% de los casos de asperger existe comorbilidad con estos dos trastornos. La depresión es habitual en adolescentes, los niños son más proclives a presentar un trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Además, las conductas repetitivas características del síndrome de asperger guardan mucha similitud con la sintomatología asociadas al trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad.
Los niños con este síndrome, aparentan ser brillantes, felices y cariñosos

OBJETIVOS

- Definición del síndrome de asperger en la infancia.
- Principales características dominantes del síndrome en los primeros años.
- Criterios y diagnósticos de la enfermedad.

METODOLOGÍA

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de Pubmed, Medine y Dialnet y Google Académico seleccionando artículos procedentes de publicaciones académicas revisadas.



RESULTADOS

Las principales áreas afectadas por el síndrome de asperger son:
- INTERACCIÓN SOCILA
- COMUNICACIÓN
- INTERESE ESTRECHOS Y PREOCUPACIONES
- RUTINAS REPETITIVAS
- EDUCACIÓN.
Las soluciones:
·Lenguaje simple.
·Instrucciones simples.
·Mantener la mirada para mejorar la comunicación.

CONCLUSIONES

Las personas con síndrome de asperger pueden mostrar signos de independencia pero que no puede afectarles tanto a si mismo como a sus familiares. A menudo poseen una excelente percepción visual y auditiva
Los niños suelen tener problemas con el sueño, prsentándose problemas de insomnio, lo que está demostrado qu e está asociaod a altos niveles de ALEXITIMIA,que consiste en una dificultad para identificar y describir las emociones propias, aunque a su vez presentan baja calidad del sueño.
Suele diagnosticarse a edades tempranas, entre los 4 y 12 años y de debe incluir una valoración completa por el equipo multidisciplinario.
Los diagnósticos erróneos, podrían conducir a la prescripción de medicamentos que pueden empeorar los síntomas comportamentales.
El tratamiento está orientado al manejo de la sintomatología estresante, así como la enseñanza de habilidades sociales y comunicativas.
El síndrome no tiene tratamiento, pero se debe realizar terapias psicológicas con el paciente para aprender a manejar la ansiedad.

BIBLIOGRAFÍA
1.Baron-Cohen, Simon (2010). Autismo y síndrome de Asperger. Traducido por Sandra Chaparro. Madrid: Alianza. ISBN 978-84-206-6941-0.
2.Martín Borreguero, Pilar (2004). El síndrome de Asperger. ¿Excentricidad o discapacidad social? Madrid: Alianza. ISBN 84-206-4179-0.
3.Alonso Peña, José Ramón (2009) Autismo y síndrome de Asperger. Guía para familiares, amigos y profesionales. Salamanca: Amaru Edic 3.
4.Baron Cohen. S (2010) Autismoy Síndrome de Asprger. Alianza Editoria

Resumen: El síndrome de Asperger es un trastorno del desarrollo que lleva asociado una alteración neurobiológica, y manifiesta un conjunto de características mentales y de conducta que forman parte de los trastornos del espectro autista.

Acerca de la prevalencia del trastorno son muy variables, el trastorno de ansiedad y el depresivo son las dos enfermedades que más comúnmente se manifiestan con el trastorno de asperger; se estima que un 65% de los casos de asperger existe comorbilidad con estos dos trastornos. La depresión es habitual en adolescentes, los niños son más proclives a presentar un trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Además, las conductas repetitivas características del síndrome de asperger guardan mucha similitud con la sintomatología asociadas al trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad.

A lo largo el trabajo, basado en una revisión bibliográfica, se va a realizar una descripción del Síndrome de Asperger en la infancia, describiéndose las principales características y enunciando los criterios y diagnósticos de esta enfermedad, cuyo tratamiento está orientado al manejo de la sintomatología estresante, así como a la enseñanza de habilidades sociales y comunicativas.

Palabras Clave: Asperger, hiperactividad, autismo

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El síndrome de Asperger es un trastorno del desarrollo que lleva asociado una alteración neurobiológica, y manifiesta un conjunto de características mentales y de conducta que forman parte de los trastornos del espectro autista.

Acerca de la prevalencia del trastorno son muy variables, el trastorno de ansiedad y el depresivo son las dos enfermedades que más comúnmente se manifiestan con el trastorno de asperger; se estima que un 65% de los casos de asperger existe comorbilidad con estos dos trastornos. La depresión es habitual en adolescentes, los niños son más proclives a presentar un trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Además, las conductas repetitivas características del síndrome de asperger guardan mucha similitud con la sintomatología asociadas al trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad.

Los niños con este síndrome aparentan ser para la mayoría brillantes, felices y cariñosos. Si logramos penetrar en su pequeño mundo propio, podemos ayudarles a incorporarse mejor en la sociedad; tienen necesidad de acabar las tareas que han comenzado. Pueden desarrollarse estrategias para reducir la tensión que experimentan en determinadas situaciones.

A medida que los niños crecen, algunos problemas se irán resolviendo con mayor facilidad, pero como el resto de los niños, los problemas existirán. En la adolescencia se puede sentir la carencia de amistades como algo difícil de afrontar ya que intentan hacer amigos a su modo, pero encuentran dificultad para conservarlos. Las habilidades sociales tendrán que ser enseñadas con esfuerzo para que puedan encontrar un lugar en el mundo social

Objetivos:

- Definición del síndrome de asperger en la infancia.
- Principales características dominantes del síndrome en los primeros años.
- Criterios y diagnósticos de la enfermedad.

Material y Método:

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de Pubmed, Medine y Dialnet y Google Académico seleccionando artículos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Resultados:

Las principales áreas afectadas por el síndrome de Asperger son las siguientes:

- La interacción social: los niños tienen habilidades sociales pobres, no pueden leer ni entender las señales sociales y por lo tanto no dan respuesta emocional adecuada. Les falla el deseo de compartir la información y las experiencias con los otros, todo ello les puede conducir a la frustración y consecuentemente a los problemas del comportamiento. Se encuentran en un mundo confuso, solos, en el que algunos son felices así y otros no. Sus diferencias son más perceptibles cuando están junto a sus padres.

- Comunicación: la comunicación verbal y no verbal plantean un problema, el lenguaje hablado no se entiende a menudo enteramente, así que debe ser a un nivel básico para que se pueda comprender. Las metáforas, expresiones no literales y analogías tienen que ser explicadas, ya que los niños con este síndrome tienden hacer interpretaciones literales y concretas.

La adquisición del lenguaje en la mayoría de los casos puede presentar un retraso. Suelen hacer uso de frases que han memorizado, aunque no sea en el contexto idóneo.

El lenguaje hablado puede a veces ser extraño en cuanto al acento, volumen o tono de hablar.

La dificultad de usar las palabras correctas o la formación de una conversación son parte de las dificultades semanticopragmáticas.

- Intereses estrechos y preocupaciones: una de las marcas distintivas del síndrome es la preocupación u obsesión con ciertos asuntos, a menudo los temas del trasporte, computadoras, dinosaurios, mapas… estas preocupaciones usualmente en áreas intelectuales cambian generalmente en un cierto plazo, pero no en intensidad.

- Rutinas repetitivas: los niños se imponen unas medidas rígidas inclusive a los que le rodean, desde como desean que se hagan las cosas, hasta que han de comer. Estas rutinas irán cambiando con el tiempo a medida que maduren, se hará más sencillo razonar con ellos.

- Educación: si la educación del niño se va a desempeñar en una escuela ordinaria es importante que se disponga de la cantidad correcta de ayuda, para así conseguir una declaración de necesidades educativas especiales. El vinculo entre el colegio y el hogar es de vital importancia, una comunicación fluida resulta invalorable en el intercambio de información sobre los logros y problemas que ocurran.

Son muchas las soluciones para la mejora del síndrome de asperger en el niño, entre ellas, las más básicas son las siguientes:

- Lenguaje simple.
- Instrucciones simples.
- Mantener la mirada para mejorar la comunicación.

Conclusión:

Las personas con síndrome de Asperger pueden mostrar signos de independencia pero que no puede afectarles tanto a si mismo como a sus familiares. A menudo poseen una excelente percepción visual y auditiva.

Los niños suelen tener problemas con el sueño, incluyendo la dificultad para coger el sueño. Se presentan muchos episodios de insomnio y ello ha demostrado que está asociado de altos niveles de alexitimia, que consiste en una dificultad para identificar y describir las emociones propias, aunque a su vez presentan baja calidad del sueño.

Suele diagnosticarse a edades tempranas, entre los 4 y 12 años y de debe incluir una valoración completa por el equipo multidisciplinario.

Los diagnósticos erróneos o tardíos pueden ser muy perjudiciales, tanto para pacientes como para familiares, así como un diagnóstico erróneo podría conducir a la prescripción de medicamentos que pueden empeorar los síntomas comportamentales.

El tratamiento está orientado al manejo de la sintomatología estresante, así como la enseñanza de habilidades sociales y comunicativas.

El síndrome no tiene tratamiento, pero se debe realizar terapias psicológicas con el paciente para aprender a manejar la ansiedad.

Bibliografía

1.- Baron-Cohen, Simón (2010). Autismo y síndrome de Asperger. Traducido por Sandra Chaparro. Madrid: Alianza. ISBN 978-84-206-6941-0.

2.- Martín Borreguero, Pilar (2004). El síndrome de Asperger. ¿Excentricidad o discapacidad social? Madrid: Alianza. ISBN 84-206-4179-0.

3.- Alonso Peña, José Ramón (2009) Autismo y síndrome de Asperger. Guía para familiares, amigos y profesionales. Salamanca: Amarú Edic 3.

4.- Baron Cohen, S (2010) Autismoy Sindrome de Asprger. Alianza Editorial.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 125

Macroglobulinemia de Waldenström.

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

= MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTRÖM =

Sánchez-Izquierdo Castellanos, S., Olmo Trujillo, C., Mora Muñoz, E.

INTRODUCCIÓN

La macroglobulinemia de Waldenström (MW) es un trastorno hematológico crónico muy poco usual caracterizado por la proliferación monoclonal de linfocitos B que infiltran la médula ósea y órganos linfoides, con capacidad de sintetizar y segregar cantidades excesivas de inmunoglobulina M (IgM) monoclonal en suero.

Esta acumulación de células puede interferir en la producción normal de los glóbulos rojos y las plaquetas.

La MW se clasifica en sintomática y asintomática.

OBJETIVOS

- Proporcionar información clave sobre la macroglobulinemia de Waldenström.

- Fomentar la visibilidad de esta enfermedad en el personal de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODO

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en la que fueron utilizadas las bases de datos Pubmed, Cochrane, Dialnet y Scielo. Tras la realización de una lectura crítica de la literatura científica, se seleccionaron los artículos más adecuados y con información más completa.

Castellano e inglés han sido los idiomas empleados para consultar en las bases de datos.

PALABRAS CLAVE: “Macroglobulinemia”, “Neoplasias de células plasmáticas”, “Paraproteinemias”.

RESULTADOS

FACTORES DE RIESGO

La causa concreta aún se desconoce aunque se ha relacionado con algunos factores de riesgo, como son:

- Edad avanzada.
- Sexo: mayor probabilidad en hombres.
- Raza: aumento de la incidencia en caucásicos.
- Mutaciones genéticas.
- Antecedentes familiares de la enfermedad.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Los pacientes pueden padecer variedad de signos y síntomas, como son:

- Anemia.
- Astenia.
- Debilidad.
- Anorexia.
- Pérdida de peso.
- Hemorragias.
- Hepatomegalia.
- Linfadenopatía.
- Esplenomegalia.
- Sudoración nocturna profusa.

Además, la presencia de cantidades elevadas de IgM monoclonal puede provocar hiperviscosidad sanguínea, la cual puede originar complicaciones neurológicas, oculares y cardiacas.

DIAGNÓSTICO

Se realiza mediante una combinación de pruebas, que pueden incluir:

- Análisis de sangre: para detectar la presencia de macroglobulina y otros marcadores.
- Biopsia de médula ósea: para evaluar la existencia de células plasmáticas anormales.
- Estudios de imagen: como tomografía computarizada o resonancia magnética.
- Estudio del fondo del ojo: para valorar hiperviscosidad sanguínea.

TRATAMIENTO

El tratamiento depende de varios factores, como la gravedad de la enfermedad, la sintomatología del paciente y la edad.

Las opciones de tratamiento pueden ser:

- Terapia dirigida con medicamentos.
- Inmunoterapia.
- Quimioterapia.
- Trasplante hematopoyético: en casos seleccionados.

PRONÓSTICO

El pronóstico de la MW varía de un paciente a otro, influyendo diversos factores como la edad, la velocidad de la progresión de la enfermedad, la respuesta al tratamiento, etc...

Algunos pacientes pueden tener una enfermedad estable o de progresión lenta y precisar solamente seguimiento regular, mientras que otros pueden experimentar progresión rápida de la enfermedad y necesitar tratamientos más agresivos.

CONCLUSIONES

La MW es una patología poco común, compleja y heterogénea.

El manejo multidisciplinar de estos pacientes es esencial para definir la mejor estrategia terapéutica de forma individualizada y aprovechar los avances en la investigación para prosperar en los resultados clínicos.

Resumen: La macroglobulinemia de Waldenström (MW) es una infrecuente neoplasia hematológica del grupo de las gammapatías monoclonales.

Se caracteriza por infiltración de médula ósea y producción monoclonal de inmunoglobulina M (IgM).

La detección temprana y tratamiento son esenciales para reducir posibles complicaciones.

El objetivo es dar a conocer esta enfermedad mediante una revisión bibliográfica de los aspectos más importantes y, así, fomentar su visibilidad en el personal de enfermería.

Palabras Clave: Macroglobulinemia, Neoplasias de células plasmáticas, Paraproteinemias.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

E La macroglobulinemia de Waldenström (MW) es un trastorno hematológico crónico muy poco usual caracterizado por la proliferación monoclonal de linfocitos B que infiltran la médula ósea y órganos linfoides, con capacidad de sintetizar y segregar cantidades excesivas de inmunoglobulina M (IgM) monoclonal en suero.

Esta acumulación de células puede interferir en la producción normal de los glóbulos rojos y las plaquetas.

La MW se clasifica en sintomática y asintomática.

Objetivos:

- Proporcionar información clave sobre la macroglobulinemia de Waldenström.

- Fomentar la visibilidad de esta enfermedad en el personal de enfermería.

Material y Método:

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en la que fueron utilizadas las bases de datos Pubmed, Cochrane, Dialnet y Scielo. Tras la realización de una lectura crítica de la literatura científica, se seleccionaron los artículos más adecuados y con información más completa.

Resultados:

Factores de riesgo:

La causa concreta de la MW aún se desconoce aunque se ha relacionado con algunos factores de riesgo, como son:

- Edad avanzada.

- Sexo: mayor probabilidad en hombres.

- Raza: aumento de la incidencia en caucásicos.

- Mutaciones genéticas.

- Antecedentes familiares de la enfermedad.

Manifestaciones clínicas:

Los pacientes con MW pueden padecer variedad de signos y síntomas, como son: anemia, astenia, debilidad, anorexia, pérdida de peso, sudoración nocturna profusa, hemorragias, hepatomegalia, esplenomegalia y linfadenopatía.

Además, la presencia de cantidades elevadas de IgM monoclonal puede provocar hiperviscosidad sanguínea, la cual puede originar complicaciones neurológicas, oculares y cardiacas.

Diagnóstico:

El diagnóstico de la MW se realiza mediante una combinación de pruebas, que pueden incluir:

- Análisis de sangre: para detectar la presencia de macroglobulina y otros marcadores.

- Biopsia de médula ósea: para evaluar la existencia de células plasmáticas anormales.

- Estudios de imagen: como tomografía computarizada o resonancia magnética.

- Estudio del fondo del ojo: para valorar hiperviscosidad sanguínea.

Tratamiento:

El tratamiento depende de varios factores, como la gravedad de la enfermedad, la sintomatología del paciente y la edad.

Las opciones de tratamiento pueden ser:

- Terapia dirigida con medicamentos.

- Quimioterapia.

- Inmunoterapia.

- Trasplante hematopoyético: en casos seleccionados.

Pronóstico:

El pronóstico de la MW varía de un paciente a otro, influyendo diversos factores como la edad, la velocidad de la progresión de la enfermedad, la respuesta al tratamiento, etc...

Algunos pacientes pueden tener una enfermedad estable o de progresión lenta y precisar solamente seguimiento regular, mientras que otros pueden experimentar progresión rápida de la enfermedad y necesitar tratamientos más agresivos.

Conclusiones:

La MW es una patología poco común, compleja y heterogénea.

El manejo multidisciplinar de estos pacientes es esencial para definir la mejor estrategia terapéutica de forma individualizada y aprovechar los avances en la investigación para prosperar en los resultados clínicos.

Bibliografía

1.- National Cancer Institute (NCI) - Waldenström Macroglobulinemia: https://www.cancer.gov/types/lymphoma/patient/waldenstrom-treatment-pdq

2.- American Cancer Society (ACS) - Waldenstrom Macroglobulinemia: https://www.cancer.org/cancer/waldenstrom-macroglobulinemia.html

3.-Mayo Clinic - Waldenstrom Macroglobulinemia: https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/waldenstrom-macroglobulinemia/symptoms-causes/syc-20353387

4.- Leukemia & Lymphoma Society (LLS) - Waldenstrom Macroglobulinemia: https://www.lls.org/lymphoma/waldenstrom-macroglobulinemia

5.- Castillo JJ, Treon SP. Molecular pathogenesis of Waldenstrom macroglobulinemia and its implications for targeted therapeutic approaches. Haematologica. 2015;100(8):1001-1008.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 126

Manejo y prevención de Broncoaspiraciones en personas con discapacidad intelectual y del desarrollo dentro de un Centro Residencial.

Camacho Sanchez, Ana María

Manejo y prevención de broncoaspiraciones en personas con discapacidad intelectual y del desarrollo dentro de un centro residencial

Autor: Camacho Sanchez, Ana M.ª (Enfermera en centro residencial para PCDID)

INTRODUCCIÓN

La **disfagia o dificultad para que el alimento llegue de la boca al estómago**, puede ser debida a diversas casusas. Las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo (PCDID) son un grupo poblacional con una gran incidencia de disfagia acompañada de frecuentes broncoaspiraciones. Puede ser debida a causas:

- Funcionales parálisis cerebral, afectaciones del SNC, incluso otros síndromes genéticos asociados a disfagia.
- Orgánicas, problemas en la formación de los órganos y músculos que deben realizar la función de deglutir.
- Comportamentales, causas que impiden deglutir de forma segura. *ej. Estados de ansiedad, alteraciones de comportamiento, malos hábitos en la ingesta bastante presentes entre las PCDID…*

Las **broncoaspiraciones** son bastante frecuentes entre las PDID provocando neumonías por aspiración pulmonar, entre otras complicaciones. Ante las cuales los profesionales sanitarios debemos saber reconocerlas, manejarlas y prevenirlas.

El **objetivo de nuestro trabajo** es describir la estrategia llevada a cabo en el manejo y prevención de broncoaspiraciones dentro de un centro residencial para PDID. Describiendo a su vez la incidencia dentro de la muestra poblacional.

MATERIAL Y MÉTODO

Realizamos un estudio observacional –descriptivo, transversal de prevalencia sobre el número de broncoaspiraciones acontecidas en una muestra poblacional de 32 PCDID, en un periodo dos años (*mayo 2021 – Mayo 2023*) describiendo las medidas tomadas a cabo para prevenirlas. La población diana de nuestro estudio son los profesionales sanitarios.

Palabras clave: *Trastornos de deglución (Deglutition Disorders), neumonía por aspiración (Pneumonia, Aspiration), Discapacidad intelectual (Intellectual Disability) y prevención de enfermedades (Disease Prevention).*

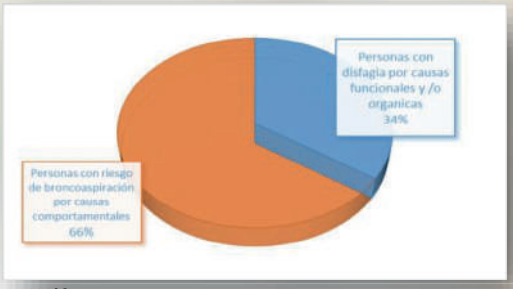


Gráfico 1. ***Descripción de la muestra poblacional***

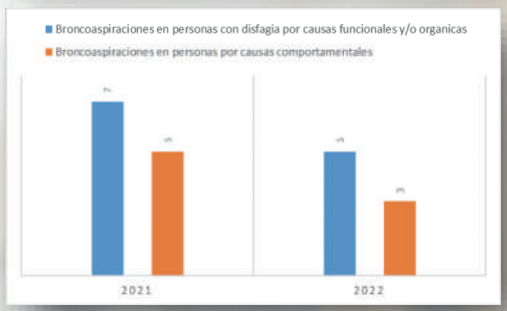


Gráfico 2. ***Broncoaspiraciones en 2 años en la muestra poblacional***

RESULTADOS

En base a este problema cobran gran importancia las intervenciones que realizamos como profesionales para el manejo y prevención de broncoaspiraciones. Muchas intervenciones, que ya se venían realizando anteriores a esta fecha se mantuvieron. Así como, se propusieron nuevas para ayudar a prevenir este problema de salud.

INTERVENCIONES

- **Adaptación de texturas alimentarias.** Individualizando la textura de los alimentos a cada persona a través de diversos menús. Creando un menú fácil masticación para las personas con riesgo mínimo de broncoaspiración, un menú fácil masticaciones con adaptaciones individualizadas y un menú túrmix, donde se tritura exactamente la misma comida. Aportando así variedad de sabores al menú túrmix. Con la finalidad de aumentar la calidad de vida respecto a las ingestas alimentarias.

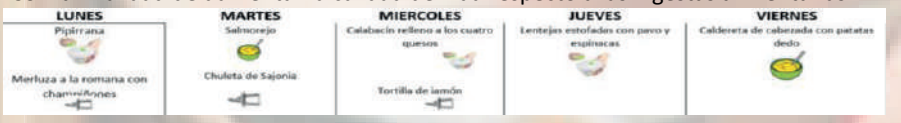


Imagen 1. *Menú fácil masticación distintas texturas alimentarias individualizadas para cada persona*

- **Adaptación de cantidades y texturas de líquidos,** usando productos de apoyo que permitan poder ingerirlos buscando el uso de espesante cuando realmente es necesario.

- **Formación a profesionales** en disfagia en PDID, en relación con el control postural de las personas para comer, respetar tiempos y cantidades alimentarias que la persona pueda tolerar. Así como formación en primeros auxilios y detección rápida de signos y síntomas de broncoaspiración.

- **Control de constantes vitales por turno 24 horas después de una ingesta en el cual tengamos sospecha de broncoaspiración,** para poder intervenir cuanto antes.

- **Control de saturación y temperatura por turno, en personas con riesgo aumentado de broncoaspiración** y en las cuales es frecuente este tipo de problema.

- **Coordinación con el equipo multidisplinar**, con terapias combinadas de logopeda, terapia ocupacional y fisioterapia.

CONCLUSIONES

Podemos concluir que, en un periodo de dos años el número de broncoaspiraciones disminuyó en ambos grupos de PDID.

La disfagia es un problema de vital importancia para las PDID, ya que es muy frecuente dentro de este grupo poblacional, y en la mayoría de los casos no cuentan con suficientes apoyos tanto humanos como materiales, para facilitar el momento de la ingesta de alimentos. Esta en nuestra mano como profesionales dar las herramientas necesarias para mejorar la calidad de vida de las PDID y prevenir complicaciones asociadas.

BIBLIOGRAFÍA

- González Atled. C, Casado romo. MP, Gómez Blancco.A, Pajares García.S, Dávila Acedo.RM, Barroso Pérez.L, Panizo Velasco.E. Guía de nutrición para personas con disfagia [Internet]. Madrid: Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad; 2017 [Consultado en mayo 2023]. Disponible en: biblioteca.fundaciononce.es
- García-Peris P, Velasco. C, Frías Soriano L. Manejo de los pacientes con disfagia. Nutrición Hospitalaria [Internet]. 2012;5(1):33-40. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309226797004
- Perez Aparicio. RA, González Salas. D. Saber más sobre disfagia [Internet]. Murcia: plena inclusión, 2016 [Consultado en mayo 2023]. Disponible en: https://www.plenainclusion.org/publicaciones/buscador/saber-mas-sobre-disfagia-lectura-facil/

Resumen: Muchas personas con discapacidad intelectual y del desarrollo (PDID) sufren problemas de disfagia por diversos motivos, así como complicaciones de tipo broncoaspiración. Nuestro trabajo pretende describir la presencia e importancia de este tipo de problemas dentro de un centro residencial de PDID. Describiendo las intervenciones llevadas a cabo en personas con disfagia establecida, para el manejo y prevención de broncoaspiraciones. Y evaluando dichas intervenciones en un periodo de dos años, en los cuales se establece una relación positiva entre el emprendimiento de nuevas intervenciones junto con mantener otras anteriores y la disminución del número de broncoaspiraciones en el periodo evaluado.

Palabras Clave: Trastornos de deglución (Deglutition Disorders), Neumonía por aspiración (Pneumonia, Aspiration), Discapacidad intelectual (Intellectual Disability)

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La disfagia o dificultad para que el alimento llegue de la boca al estómago, puede ser debida a diversas casusas. Las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo (PCDID) son un grupo poblacional con una gran incidencia de disfagia acompañada de frecuentes broncoaspiraciones. Puede ser debida a causas:

- *Funcionales*, parálisis cerebral, afectaciones del SNC, incluso otros síndromes genéticos asociados a disfagia.

- *Orgánicas*, problemas en la formación de los órganos y músculos que deben realizar la función de deglutir.

- *Comportamentales*, causas que impiden deglutir de forma segura. ej. Estados de ansiedad, alteraciones de comportamiento, malos hábitos en la ingesta bastante presentes entre las PCDID…

Las broncoaspiraciones son bastante frecuentes entre las PDID provocando neumonías por aspiración pulmonar, entre otras complicaciones. Ante las cuales los profesionales sanitarios debemos saber reconocerlas, manejarlas y prevenirlas.

El objetivo de nuestro trabajo es describir la estrategia llevada a cabo en el manejo y prevención de broncoaspiraciones dentro de un centro residencial para PDID. Describiendo a su vez la incidencia dentro de la muestra poblacional.

Material y Métodos:

Realizamos un estudio observacional –descriptivo, transversal de prevalencia sobre el número de broncoaspiraciones acontecidas en una muestra poblacional de 32 personas con discapacidad intelectual y del desarrollo, en un periodo dos años (*mayo 2021 – Mayo 2023*) describiendo las medidas tomadas a cabo para prevenirlas. La población diana de nuestro estudio son los profesionales sanitarios.

Resultados:

En base a este problema cobran gran importancia las intervenciones que realizamos como profesionales para el manejo y prevención de broncoaspiraciones. Muchas intervenciones, que ya se venían realizando anteriores a esta fecha se mantuvieron. Así como, se propusieron nuevas para ayudar a prevenir este problema de salud, en personas en las cuales la disfagia se encuentra de forma tan presente.

Intervenciones:

- Adaptación de texturas alimentarias. Individualizando la textura de los alimentos a cada persona a través de diversos menús. Creando un menú fácil masticación para las personas con riesgo mínimo de broncoaspiración, un menú fácil masticaciones con adaptaciones individualizadas y un menú túrmix, donde se tritura exactamente la misma comida. Aportando así variedad de sabores al menú túrmix. Con la finalidad de aumentar la calidad de vida de las personas frente a la ingesta alimentaria.

- Adaptación de cantidades y texturas de líquidos, usando productos de apoyo que permitan poder ingerirlos buscando el uso de espesante cuando realmente es necesario.

- Formación a profesionales en disfagia en PDID, en relación con el control postural de las personas para comer, respetar tiempos y cantidades alimentarias que la persona puede tolerar. Así como formación en primeros auxilios y detección rápida de signos y síntomas de broncoaspiración.

- Control de constantes vitales por turno 24 horas después de una ingesta en el cual tengamos sospecha de broncoaspiración, para poder intervenir cuanto antes.

- **Coordinación con el equipo multidisplinar**, con terapias combinadas de logopeda, terapia ocupacional y fisioterapia.

Conclusiones:

Podemos concluir que, en un periodo de dos años el número de broncoaspiraciones disminuyó en ambos grupos de PDID.

La disfagia es un problema de vital importancia para las PDID, ya que es muy frecuente dentro de este grupo poblacional, y en la mayoría de los casos no cuentan con suficientes apoyos tanto humanos como materiales, para facilitar el momento de la ingesta de alimentos. Esta en nuestra mano como profesionales dar las herramientas necesarias para mejorar la calidad de vida de las PDID y prevenir complicaciones relacionadas con la ingesta de alimentos.

Bibliografía

1.- González Atled. C, Casado romo. MP, Gómez Blancco.A, Pajares García.S, Dávila Acedo.RM, Barroso Pérez.L, Panizo Velasco.E. Guía de nutrición para personas con disfagia [Internet]. Madrid: Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad; 2017 [Consultado en mayo 2023]. Disponible en: biblioteca.fundaciononce.es

2.- García-Peris P, Velasco. C, Frías Soriano L. Manejo de los pacientes con disfagia. Nutrición Hospitalaria [Internet]. 2012;5(1):33-40. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309226797004

3.- Perez Aparicio. RA, González Salas. D. Saber más sobre disfagia [Internet]. Murcia: plena inclusión, 2016 [Consultado en mayo 2023]. Disponible en: https://www.plenainclusion.org/publicaciones/buscador/saber-mas-sobre-disfagia-lectura-facil/

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 127

Maniobra de Somersault: cómo manejar las circulares de cordón

Sánchez Díaz, María Cristina

MANIOBRA DE SOMERSAULT: CÓMO MANEJAR LAS CIRCULARES DE CORDÓN

INTRODUCCIÓN

La presencia de circulares de cordón es bastante frecuente (21-35% de los partos) y en la mayoría de los casos se desarrolla sin complicaciones.

Se ha observado que su presencia se incrementa con el aumento de las semanas de gestación y en fetos de sexo masculino.

Las circulares únicas son más frecuentes que las múltiples (3% de los nacimientos), disminuyendo en frecuencia al ser triples o cuádruples.

Pueden presentarse de dos formas: laxas o apretadas, siendo más frecuentes las formas laxas. En cuanto a su manejo en el expulsivo, la mayor parte de los profesionales parece decantarse por un manejo activo, mientras que otros prefieren no intervenir en su resolución hasta que se produzca la salida fetal completa.

OBJETIVO

Plantear la maniobra de Somersault como alternativa al manejo de las circulares de cordón durante el expulsivo.

MÉTODOLOGÍA

Revisión bibliográfica desde 2012 a 2022 en las bases de datos Pubmed, MedLine, Cochrane y Cuiden.

Palabras clave:

- “umbilical cord”
- “Somersault maneuver”
- “nuchal cord”
- “nuchal cord management”

IMÁGENES



Imagen 1: Comprobación presencia circular



Imagen 2: Presencia circular de cordón múltiple

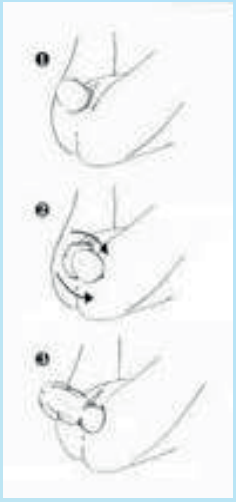


Imagen 3: Maniobra Somersault

INTERVENCIONES

La maniobra de Somersault, fue descrita por Schron y Blanco en 1991, y consiste en:

- Una vez que se produce la salida de la cabeza, se presiona con la palma de la mano sobre el occipucio, flexionando la cabeza hacia el muslo de la madre, mientras los hombros se desprenden.
- Mantener la cabeza de esta forma, mientras el cuerpo realiza una ‘’voltereta’’.
- Una vez que ha salido el cuerpo se puede retirar la circular.

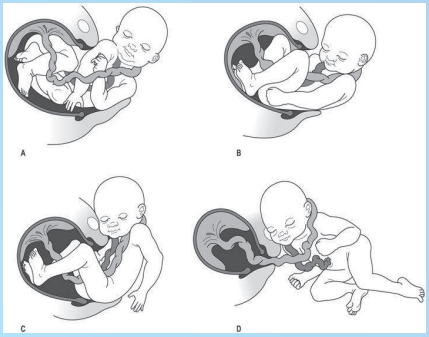


Imagen 4: Maniobra Somersault

CONCLUSIONES

La maniobra de Somersault supone una alternativa para la reducción de circulares de cordón apretadas, evitando el corte precoz del cordón umbilical, que supondría un riesgo por la deprivación de oxígeno en caso de retraso en el expulsivo, como ocurre en la distocia de hombros.

BIBLIOGRAFÍA

Carlos Bustamante-Zuluaga, M.D., Guido Parra-Anaya, M.D., Israel Díaz-Yunez, M.D., Felipe Vergara-Quintero, M.D., Eduardo De Nubbila-Lizcano, M.D.Pronostico perinatal de los fetos con circular de cordón en relación con la vía del parto. Revisión de la literatura. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2011;62(4):315-320.

Romero Salinas G, Viveros Alcaraz M, Gil Yoguez J, Torres Cosme M, Bobadilla Lugo RA, Gutiérrez Cárdenas ME, et al. La frecuencia cardiaca en fetos con circular de cordón. Clin Invest Ginecol Obstet. 2013; 40(5): 207-12.

Resumen: La presencia de circulares de cordón es bastante frecuente (21-35% de los partos) y en la mayoría de los casos se desarrolla sin complicaciones. Se ha observado que su presencia se incrementa con el aumento de las semanas de gestación y en fetos de sexo masculino. En cuanto a su manejo en el expulsivo, la mayor parte de los profesionales parece decantarse por un manejo activo, mientras que otros prefieren no intervenir en su resolución hasta que se produzca la salida fetal completa. Por lo que es importante, conocer esta técnica como alternativa en la reducción de circulares de cordón.

Palabras Clave: Umbilical Cord, Somersault Maneuver, Nuchal Cord

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La presencia de circulares de cordón es bastante frecuente (21-35% de los partos) y en la mayoría de los casos se desarrolla sin complicaciones.

Se ha observado que su presencia se incrementa con el aumento de las semanas de gestación y en fetos de sexo masculino.

Las circulares únicas son más frecuentes que las múltiples (3% de los nacimientos), disminuyendo en frecuencia al ser triples o cuádruples.

Pueden presentarse de dos formas: laxas o apretadas, siendo más frecuentes las formas laxas. En cuanto a su manejo en el expulsivo, la mayor parte de los profesionales parece decantarse por un manejo activo, mientras que otros prefieren no intervenir en su resolución hasta que se produzca la salida fetal completa.

Objetivo:

Plantear la maniobra de Somersault como alternativa al manejo de las circulares de cordón durante el expulsivo.

Metodología:

Revisión bibliográfica desde 2012 a 2022 en las bases de datos Pubmed, MedLine, Cochrane y Cuiden.

Palabras clave:

“umbilical cord”

“Somersault maneuver”

“nuchal cord”

“nuchal cord managemen

Resultados:

La maniobra de Somersault, fue descrita por Schron y Blanco en 1991, y consiste en:

- ✓ Una vez que se produce la salida de la cabeza, se presiona con la palma de la mano sobre el occipucio, flexionando la cabeza hacia el muslo de la madre, mientras los hombros se desprenden.
- ✓ Mantener la cabeza de esta forma, mientras el cuerpo realiza una ‘’voltereta’’.
- ✓ Una vez que ha salido el cuerpo se puede retirar la circular.

Conclusiones:

La maniobra de Somersault supone una alternativa para la reducción de circulares de cordón apretadas, evitando el corte precoz del cordón umbilical, que supondría un riesgo por la deprivación de oxígeno en caso de retraso en el expulsivo, como ocurre en la distocia de hombros.

Bibliografía

1.- Carlos Bustamante-Zuluaga, M.D., Guido Parra-Anaya, M.D., Israel Díaz-Yunez, M.D., Felipe Vergara-Quintero, M.D., Eduardo De Nubbila Lizcano, M.D.Pronostico perinatal de los fetos con circular de cordón en relación con la vía del parto. Revisión de la literatura. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2011;62(4):315-320.

2.- Romero Salinas G, Viveros Alcaraz M, Gil Yoguez J, Torres Cosme M, Bobadilla Lugo RA, Gutiérrez Cárdenas ME, et al. La frecuencia cardiaca en fetos con circular de cordón. Clin Invest Ginecol Obstet. 2013; 40(5): 207-12.

3.- Reynolds L. Practice tips. Somersault maneuver for a tight umbilical cord. Can Fam Phys. 1999; 45: 613. A. Ramos-Rincón, A. Cruz-Utrilla. Manejo de las circulares de cordón en el expulsivo. Matronas prof. 2015;16(3): 103-107

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 128

Método BLW (Baby Led Weaning)

Sánchez Díaz, María Cristina

MÉTODO BLW (BABY LED WEANING)

Introducción

El destete guiado por el bebé (BLW, por sus siglas en inglés) es un enfoque para la introducción de alimentos sólidos a los lactantes que permite controlar el proceso de alimentación del lactante, es el inicio de la alimentación complementaria a los 6 meses en forma de alimentos enteros, en lugar de triturados, con el tamaño y forma adecuadas para que sea el propio bebé el que los coja con sus manos y se lo lleve a la boca en función de su apetito y preferencias.

El periodo de alimentación complementaria ofrece la oportunidad no solo de complementar la dieta láctea del lactante, sino que también brinda una experiencia motora y sensorial únicas para el sabor como es la textura de los alimentos.

Objetivos

-Conocer beneficios del método BLW para la introducción de alimentos en lactantes.
-Conocer los riesgos y necesidades que tiene el método BLW.

Material y Método

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de la evidencia científica sobre la introducción de los alimentos con el método Baby Led Weaning (BLW) utilizando las bases de datos: CUIDEN, PubMED y COCHRANE Library. Además, hemos revisado también guías de pediatría y consultado la web oficial de la Asociación española de pediatría sobre la alimentación complementaria.

Criterios de inclusión: estudios de investigación cualitativos y cuantitativos publicados desde 2014.

Palabras clave: “Alimentación complementaria”, “baby led weaning”, “destete”, “atragantamiento”.

Resultados

Entre los beneficios que se han descrito al poner en práctica el método BLW en bebés encontramos:

-Da al bebé la posibilidad de explorar distintos sabores, colores y texturas facilitando la aceptación de una mayor variedad de alimentos.

-Enfatiza que sea el bebé el que se lleve la comida a la boca, permitiéndole regular mejor la cantidad que ingiere y evitando la sobrealimentación.

-Contribuye con el desarrollo de las habilidades del bebé, favoreciendo la mejora de la motricidad fina y de la coordinación ojo-mano-boca, así como de la masticación y la motricidad orofacial.

-Fomenta la confianza e independencia del bebé al permitirle desempeñar un rol activo en su alimentación

Conclusiones

Los padres que siguen el BLW lo perciben como más saludable, más barato y que hace al niño más feliz. Sin embargo, muchos profesionales de la salud, si bien consideran que podría tener beneficios, como facilitar la autorregulación de la ingesta energética, la mejor aceptación de nuevos alimentos, ya que parece relacionarse con más tiempo de lactancia materna y por tanto exposición a mayor diversidad de sabores, y menor riesgo de desarrollo de obesidad y sus comorbilidades en el niño y en el adulto, también creen que hay un mayor riesgo de asfixia y de aporte inadecuado de energía y micronutrientes, en especial del hierro.



SATSE

Resumen: El destete guiado por el bebé (BLW, por sus siglas en inglés) es un enfoque para la introducción de alimentos sólidos a los lactantes que permite controlar el proceso de alimentación del lactante, es el inicio de la alimentación complementaria a los 6 meses en forma de alimentos enteros, en lugar de triturados, con el tamaño y forma adecuadas para que sea el propio bebé el que los coja con sus manos y se lo lleve a la boca en función de su apetito y preferencias.

Palabras Clave: Alimentación complementaria, Baby Led Weaning, Atragantamiento

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El destete guiado por el bebé (BLW, por sus siglas en inglés) es un enfoque para la introducción de alimentos sólidos a los lactantes que permite controlar el proceso de alimentación del lactante, es el inicio de la alimentación complementaria a los 6 meses en forma de alimentos enteros, en lugar de triturados, con el tamaño y forma adecuadas para que sea el propio bebé el que los coja con sus manos y se lo lleve a la boca en función de su apetito y preferencias.

El periodo de alimentación complementaria ofrece la oportunidad no solo de complementar la dieta láctea del lactante, sino que también brinda una experiencia motora y sensorial únicas para el sabor como es la textura de los alimentos.

Este hecho hace que muchas familias y profesionales de la salud estén preocupados en especial por el riesgo de atragantamiento o asfixia y por la deficiencia de nutrientes que puede conllevar seguir este nuevo método, por ello procederemos a una revisión bibliografía de la evidencia científica sobre este método de alimentación en los lactantes.

Objetivo:

-Conocer beneficios del método BLW para la introducción de alimentos en lactantes.

-Conocer los riesgos y necesidades que tiene el método BLW.

Material y Método:

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de la evidencia científica sobre la introducción de los alimentos con el método Baby Led Weaning (BLW) utilizando las bases de datos: CUIDEN, PubMED y COCHRANE Library. Además, hemos revisado también guías de pediatría y consultado la web oficial de la Asociación española de pediatría sobre la alimentación complementaria.

Criterios de inclusión: estudios de investigación cualitativos y cuantitativos publicados desde 2014.

Palabras clave: “Alimentación complementaria”, “baby led weaning”, “destete”, “atragantamiento”.

Resultados:

Entre los beneficios que se han descrito al poner en práctica el método BLW en bebés encontramos:

-Da al bebé la posibilidad de explorar distintos sabores, colores y texturas facilitando la aceptación de una mayor variedad de alimentos.

-Enfatiza que sea el bebé el que se lleve la comida a la boca, permitiéndole regular mejor la cantidad que ingiere y evitando la sobrealimentación.

-Contribuye con el desarrollo de las habilidades del bebé, favoreciendo la mejora de la motricidad fina y de la coordinación ojo-mano-boca, así como de la masticación y la motricidad orofacial.

-Fomenta la confianza e independencia del bebé al permitirle desempeñar un rol activo en su alimentación.

Los requisitos para iniciar la alimentación complementaria son: que el reflejo de extrusión esté abolido, que sea capaz de mantenerse sentado con apoyo, que mantenga un interés activo por la comida y que sea capaz de coger la comida y poder llevársela a la boca.

Conclusiones:

Los padres que siguen el BLW lo perciben como más saludable, más barato y que hace al niño más feliz. Sin embargo, muchos profesionales de la salud, si bien consideran que podría tener beneficios, como facilitar la autorregulación de la ingesta energética, la mejor aceptación de nuevos alimentos, ya que parece relacionarse con más tiempo de lactancia materna y por tanto exposición a mayor diversidad de sabores, y menor riesgo de desarrollo de obesidad y sus comorbilidades en el niño y en el adulto, también creen que hay un mayor riesgo de asfixia y de aporte inadecuado de energía y micronutrientes, en especial del hierro.

Con una información clara y unas medidas de seguridad adecuadas, la práctica del baby led weaning en niños sanos y con un adecuado desarrollo psicomotor es una práctica segura y eficaz

La bibliografía estudiada demuestra que el BLW se adopta con más frecuencia entre mujeres que amamantan, de nivel educacional más elevado y aquellas que no se incorporan al trabajo fuera del hogar antes de los 12 meses posparto. Además, parece ser un fuerte predictor del destete a la edad recomendada.

Bibliografía

1.- Morison BJ, Taylor RW, Haszard JJ, Schramm CJ, Erickson LW, Fangupo LJ, et al. How different are baby-led weaning and conventional complementary feeding? A cross-sectional study of infants aged 6-8 months. BMJ Open 2016.

2.- Brown A, Lee M. Control materno de la alimentación infantil durante el período de destete: diferencias entre las madres que siguen un enfoque de destete estándar o dirigido por el bebé. Matern Child Health J. 2011;15:1265–1271. - PubMed

3.- Taylor RW, Williams SM, Fangupo LJ, Wheeler BJ, Taylor BJ, Daniels L, et al. Effect of a baby-led approach to complementary feeding on infant growth and overweight: A randomized clinical trial. JAMA Pediatr 2017;171(9):838–46.

4. Kumar G. Baby-led weaning did not significantly impact body mass index when compared with traditional spoon-feeding. Arch Dis Child Educ Pract Ed 2018;103(4):222.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 129

Miel como alternativa en la curación de heridas

Ramiro Montilla, Pilar
Arévalo Frutos, Isabel María
Casas Victoria, Pedro

MIEL COMO ALTERNATIVA EN LA CURACIÓN DE HERIDAS

RAMIRO MONTILLA, P. ARÉVALO FRUTOS, IM. CASAS VICTORIA, P.



INTRODUCCIÓN

En nuestro país, el tratamiento de heridas crónicas conlleva un gran coste económico (5% gasto sanitario anual) (1).
Disponemos actualmente de múltiples tratamientos para estas heridas, pero ¿existen otras alternativas más eficientes en el tratamiento de las mismas?
La miel presenta beneficios atimicrobianos, promoviendo la cicatrización de heridas (2). En épocas pasadas era común su uso en heridas en forma de ungüento.
Su uso podría reducir el número de intervenciones y unificar criterios de actuación entre los profesionales sanitarios.

OBJETIVOS

Analizar la efectividad del tratamiento con miel en heridas crónicas en población adulta.



MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos, realizando una lectura de 10 artículos, tras los cuales 3 fueron seleccionados.

Palabras clave: miel, herida crónica, úlcera, quemadura.

Criterios de inclusión: estudios publicados 2019-2022, texto completo, en español o inglés.

RESULTADOS

La miel posee acción antiséptica y antimicrobiana, antiinflamatoria, reduce el mal olor, promueve el desbridamiento autolítico por su acción osmótica (1). Estimula también el tejido de granulación y la posterior epitelización, promoviendo la síntesis de colágeno y de vasos sanguíneos. Reduce el tamaño de la cicatriz, previniendo hipergranulación y queloides (3).
Además de ser costo-efectiva, reduciendo el nímero de procedimientos innecesarios y los efectos adversos (3).

Como desventajas, su manejo puede resultar difícil por su viscosidad, la miel puede deslizarse y no estar en contacto con la lesión al completo (correcta sujeción) (3).

CONCLUSIONES

La miel supone un tratamiento alternativo de las heridas, presentando múltiples ventajas y siendo más costo-efectivo respecto a otras terapias.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Santos Guimerá, P. (2022). Miel estéril como tratamiento para las úlceras por presión en el área de salud de La Palma.
(2) García Felipe, S. (2019). La miel como alternativa a los tratamientos tópicos en el proceso de curación de quemaduras, heridas y úlceras. Ene, 13(1).
(3) Morales, I., Mast, A., & Mejías, M. (2022). Tratamiento de heridas crónicas con miel de abejas. GICOS: Revista del Grupo de Investigaciones en Comunidad y Salud, 7(2), 102-107.

SATSE

Resumen: La miel se ha utilizado como tratamiento de heridas en épocas pasadas. Actualmente se ha despertado el interés por este tipo de tratamiento al presentar múltiples beneficios frente a otras terapias implantadas en la actualidad.

Este producto tiene propiedades antiinflamatorias, antisépticas, antidesodorizantes y antioxidantes. Promueve el desbridamiento autolítico debido a sus propiedades osmóticas, acelerando el proceso de cicatrización de las heridas. Los efectos adversos son mínimos en comparación con sus ventajas.

Esta revisión bibliográfica tiene como objetivo analizar la efectividad del tratamiento con miel estéril en heridas crónicas frente a otros tipos de terapia.

Palabras Clave: Miel, Herida crónica, Úlcera.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

En nuestro país, el tratamiento de heridas crónicas conlleva un gran coste económico (5% gasto sanitario anual) (1).

Disponemos actualmente de múltiples tratamientos para estas heridas, pero ¿existen otras alternativas más eficientes en el tratamiento de las mismas?

La miel presenta beneficios atimicrobianos, promoviendo la cicatrización de heridas (2). En épocas pasadas era común su uso en heridas en forma de ungüento.

Su uso podría reducir el número de intervenciones y unificar criterios de actuación entre los profesionales sanitarios.

Objetivo:

El objetivo principal es analizar la efectividad del tratamiento con miel en heridas crónicas en población adulta.

Material y Método:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos, realizando una lectura de 10 artículos, tras los cuales 3 fueron seleccionados.

Palabras clave: miel, herida crónica, úlcera.

Criterios de inclusión: estudios publicados 2019-2022, texto completo, en español o inglés.

Resultados:

La miel posee acción antiséptica y antimicrobiana, antiinflamatoria, reduce el mal olor, promueve el desbridamiento autolítico por su acción osmótica (1). Estimula también el tejido de

granulación y la posterior epitelización, promoviendo la síntesis de colágeno y de vasos sanguíneos. Reduce el tamaño de la cicatriz, previniendo hipergranulación y queloides (3).

Además de ser costo-efectiva, reduciendo el nímero de procedimientos innecesarios y los efectos adversos (3).

Como desventajas, su manejo puede resultar difícil por su viscosidad, la miel puede deslizarse y no estar en contacto con la lesión al completo (correcta sujeción) (3).

Conclusiones:

La miel supone un tratamiento alternativo de las heridas, presentando múltiples ventajas y siendo más costo-efectivo respecto a otras terapias.

Bibliografía

1.- Santos Guimerá, P. (2022). Miel estéril como tratamiento para las úlceras por presión en el área de salud de La Palma.

2.- García Felipe, S. (2019). La miel como alternativa a los tratamientos tópicos en el proceso de curación de quemaduras, heridas y úlceras. Ene, 13(1).

3.- Morales, I., Mast, A., & Mejías, M. (2022). Tratamiento de heridas crónicas con miel de abejas. GICOS: Revista del Grupo de Investigaciones en Comunidad y Salud, 7(2), 102-107.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 130

Mixofibrosarcoma

Mora Hidalgo, María de los Reyes
Calatrava Muñoz, Rosa Mª
Mena Pedraza, Nuria
García Fernández, Carmen
García Fernández, Gema

Mixofibrosarcoma

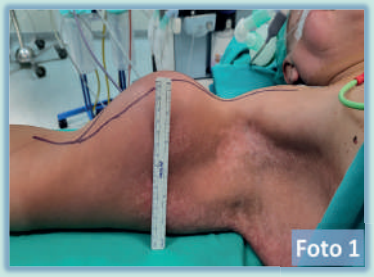
Mora Hidalgo, M.R.; Calatrava Muñoz, R.M.; Mena Pedraza, N.; García Fernández, C. ; García Fernández, G;

Introducción

PALABRAS CLAVE: Fibrosarcoma. Sistema musculoesquelético. Neoplasia maligna. Oncología Quirúrgica

Sarcoma, tipo de cáncer de los huesos o tejidos blandos del cuerpo (cartílagos, grasas, músculos, vasos sanguíneos, tejidos fibrosos, etc.). El mixofibrosarcoma (histiocitoma fibroso maligno tipo mixoide) es el sarcoma más frecuente del adulto de edad avanzada (media 65 años) y se localiza preferentemente en tejidos subcutáneos de las extremidades (70%). Son lesiones grandes, profundas, de aspecto gelatinoso gris/blanco, pueden presentar áreas más firmes, hemorragia y/o necrosis. El diagnóstico histológico es necesario antes de la resección, siendo la exéresis su tratamiento.

Objetivo: resecar en bloque la tumoración en dos tiempos quirúrgicos, conservando el paquete vasculonervioso, cierre y reconstrucción por planos de la herida quirúrgica, aliviando la ansiedad y la impotencia funcional, añadiendo calidad de vida al paciente.


Foto 1

Observación Clínica

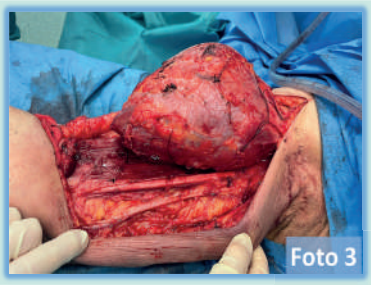
Se evalúa un caso clínico de un varón de 66 años, que presenta una tumoración intramuscular con deformación, que manifiesta parestesias distales e impotencia funcional, dolor a la palpación y de rápido crecimiento de año y medio de evolución en el bíceps braquial del miembro superior derecho con diagnóstico de mixofibrosarcoma de alto grado de brazo derecho**. (Foto 1 y 2)** Tras la ejecución del protocolo diagnóstico (exploración física, ecografía, TAC, biopsia incisional con BAG y RM) y terapéutico oncológico (radioterapia y quimioterapia) se procede a la inclusión y programación en quirófano.


Foto 2

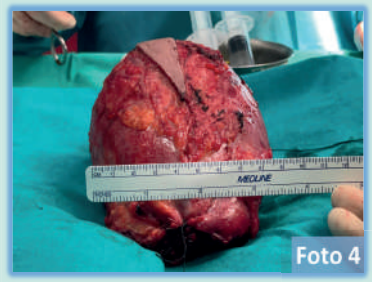
Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. HTA. Diabetes. Dislipemia. Hipoacusia mixta bilateral. Hiperplasia benigna de próstata. Ansiedad. Cólico renal. Hábitos tóxicos: fumador de <0.5 paquete/día de cigarrillos, no bebedor. Antecedentes familiares de cáncer de páncreas en madre y cáncer de laringe en abuelo materno.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

1. Asegurar que el quirófano se encuentra en condiciones óptimas para realizar la intervención antes de la llegada del paciente.
2. Revisar respirador de anestesia y monitores, sistemas de aspiración, medicación y fungible necesario para la intervención.
3. Identificar al paciente (Check List) asegurándonos de sus datos personales, conocimiento del procedimiento a realizar y lateralidad, si tuviera o no alergias medicamentosas, enfermedades importantes, ayuno completo, algún tipo de prótesis dentaria o diente movible y si porta algún objeto metálico en el cuerpo que tenga que ser retirado previamente a la intervención (ante quirófano).
4. Colocar al paciente en decúbito supino, monitorizar y comprobar permeabilidad, estado y fijación de las vías, constantes vitales previa anestesia general, colocar la placa del electro bisturí y preparar la mesa de mano para la intervención y administración de profilaxis antibiótica.
5. Preparar el instrumental quirúrgico y fungible necesario para la intervención y comprobar que todo el material esté correcto y disponible (pruebas cruzadas, para una posible transfusión por pérdida de volemia, ya que no se usará manguito de isquemia por la localización del tumor).
6. Circular e instrumentar al anestesista durante el acto anestésico (anestesia general con IOT y uso de video laringoscopio, por intubación difícil, con bloqueo supraclavicular con catéter) y al equipo de traumatología.
7. Rellenar la hoja de enfermería del acto quirúrgico y resto de peticiones para las anatomías patológicas intraoperatorias en fresco y formol.
8. Una vez finalizada la intervención, limpiar la incisión con suero fisiológico y antiséptico; después se procede a colocar una férula de yeso, desde la axila a la falange proximal, acomodar el sistema de recolección con aspiración y se ocluir con el vendaje pertinente.


Foto 3

NANDA	NOC	NIC
00085 Deterioro de la movilidad física **00132** Dolor agudo **00046** Deterioro de la integridad cutánea **00126** Conocimientos deficientes **00182** Disposición para mejorar el autocuidado **00004** Riesgo de infección **00153** Riesgo de baja autoestima situacional	**0208** Nivel de movilidad **1605** Control del dolor **1102** Curación de la herida: 1º intención **1101** Integridad tisular **1823** Conocimiento: fomento de la salud **1803** Conocimiento: proceso de la enfermedad **1807** Conocimiento: control de la infección **1205** Autoestima	**0762** Cuidados del paciente escayolado **3590** Vigilancia de la piel **1400** Manejo del dolor **2380** Manejo de la medicación **3660** Cuidados de las heridas **5612** Enseñanza actividad ejercicio prescrito **5820** Disminución de la ansiedad **6540** Control de infecciones


Foto 4

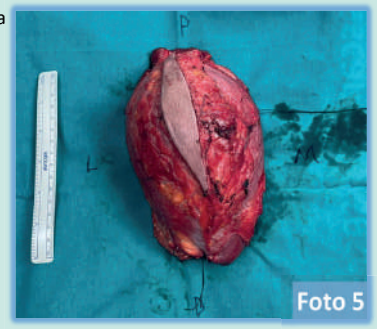
Resultados

La intervención se realizó mediante abordaje abierto con una escisión amplia, extirpando en su totalidad la tumoración, bajo la anestesia general del paciente. Se conserva el paquete vasculonervioso: arteria braquial, nervio mediano y cubital. La rama bicipital del nervio musculocutáneo no se respeta por estar afectada por la tumoración. **(Foto 3)**

La anatomía patológica intraoperatoria, confirman que los márgenes están libres y se envían muestras a anatomía patológica, que posteriormente, confirman la limpieza de los márgenes externos. **(Foto 4 y 5).** Tras el cierre y oclusión de la incisión, se procede a despertar al paciente, extubarlo y trasladarlo a la unidad de reanimación para su total recuperación.

En esta unidad, el paciente evoluciona favorablemente con buen control analgésico mediante catéter supraclavicular, eupneico, hemodinamicamente estable, abundantes diuresis espontáneas, plena movilización de las cuatro extremidades, buena perfusión distal de miembro y drenaje de escaso material sanguinolento. Dada la buena evolución se decide alta a planta de traumatología. **(Foto 6).**

El paciente permanece a cargo del Servicio de Anestesiología para el control del dolor (con perfusión contínua de L-bupivacaina) hasta la retirada del cateter. Con clínica postoperatoria satisfactoria, es dado de alta a casa con buena coloración, movilidad y sensibilidad distal el miembro superior derecho.


Foto 5

Conclusiones y/o discusión

El grupo de sarcomas mixoides hipocelulares a tener en cuenta a la hora de realizar el diagnóstico diferencial incluye mixofibrosarcoma de bajo grado (histiocitoma fibroso mixoide maligno), sarcoma fibromixoide de bajo grado y liposarcoma mixoide. Debe realizarse diagnóstico histológico por PAAF (punción aspiración con aguja fina) o biopsia abierta previamente a la exéresis.

Esta intervención ha permitido que nuestro paciente tuviese una rehabilitación controlada y activa, proporcionándole una mejora exponencial de la movilidad física, reducción y control del dolor agudo y aumento de su autoestima, calidad de vida y mortalidad. Como indicación médica y tratamiento postoperatorio se recomienda:

- Analgesia habitual para el dolor, tratamiento habitual domiciliario y ciprofloxacino 500 cada 12 horas 7 días.
- Reposo, mantener la mano en alto y el brazo en cabestrillo moviendo activamente los dedos de la mano
- Aplicar hielo local protegido varias veces al día. Si fiebre o empeoramiento clínico, acudir a Urgencias.
- Revisión en 3 semanas en consulta de Traumatología (Unidad de Tumores) y sala de curas de enfermería


Foto 6

BIBLIOGRAFÍA:

https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionariocancer/def/sarcoma, https://www.orpha.net/consor/cgibin/OC_Exp.php?Expert=79105&lng=ES
https://www.seap.es/c/document_library/get_file?uuid=2b4cd3cf-db28-4770-81a1-eb042dc1914b&groupId=1045

Resumen: Sarcoma, tipo de cáncer de hueso o tejido blando del cuerpo (cartílagos, grasas, músculos, etc.). El mixofibrosarcoma (histiocitoma fibroso maligno tipo mixoide) es el sarcoma más frecuente del adulto de edad avanzada y se localiza preferentemente en tejidos subcutáneos de las extremidades. Son lesiones grandes, profundas, de aspecto gelatinoso gris/blanco, pueden presentar áreas más firmes, hemorragia y/o necrosis. El diagnóstico histológico es necesario antes de la resección, siendo la exéresis su tratamiento.

Objetivo: resecar en bloque a dos tiempos quirúrgicos, conservando el paquete vasculonervioso, cierre y reconstrucción por planos, aliviando ansiedad, impotencia funcional y añadiendo calidad de vida al paciente

Palabras Clave: - Fibrosarcoma, Neoplasia maligna, Sistema musculoesquelético

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Sarcoma, tipo de cáncer de los huesos o tejidos blandos del cuerpo (cartílagos, grasas, músculos, vasos sanguíneos, tejidos fibrosos, etc.). El mixofibrosarcoma (histiocitoma fibroso maligno tipo mixoide) es el sarcoma más frecuente del adulto de edad avanzada (media 65 años) y se localiza preferentemente en tejidos subcutáneos de las extremidades (70%). Son lesiones grandes, profundas, de aspecto gelatinoso gris/blanco, pueden presentar áreas más firmes, hemorragia y/o necrosis. El diagnóstico histológico es necesario antes de la resección, siendo la exéresis su tratamiento.

Objetivo:

Resecar en bloque la tumoración en dos tiempos quirúrgicos, conservando el paquete vasculonervioso, cierre y reconstrucción por planos de la herida quirúrgica, aliviando la ansiedad y la impotencia funcional, añadiendo calidad de vida al paciente

Observación clínica:

Se evalúa un caso clínico de un varón de 66 años, que presenta una tumoración intramuscular con deformación, que manifiesta parestesias distales e impotencia funcional, dolor a la palpación y de rápido crecimiento de año y medio de evolución en el bíceps braquial del miembro superior derecho con diagnóstico de mixofibrosarcoma de alto grado de brazo derecho. Tras la ejecución del protocolo diagnóstico (exploración física, ecografía, TAC, biopsia incisional con BAG y RM) y terapéutico oncológico (radioterapia y quimioterapia) se procede a la inclusión y programación en quirófano.

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. HTA. Diabetes. Dislipemia. Hipoacusia mixta bilateral. Hiperplasia benigna de próstata. Ansiedad. Cólico renal. Hábitos tóxicos: fumador de <0.5 paquete/día de cigarrillos, no bebedor. Antecedentes familiares de cáncer de páncreas en madre y cáncer de laringe en abuelo materno.

Plan de cuidados enfermero:

1.- Asegurar que el quirófano se encuentra en condiciones óptimas para realizar la intervención antes de la llegada del paciente.

2.- Revisar respirador de anestesia y monitores, sistemas de aspiración, medicación y fungible necesario para la intervención.

3.- Identificar al paciente (Check List) asegurándonos de sus datos personales, conocimiento del procedimiento a realizar y lateralidad, si tuviera o no alergias medicamentosas, enfermedades importantes, ayuno completo, algún tipo de prótesis dentaria o diente movible y si porta algún objeto metálico en el cuerpo que tenga que ser retirado previamente a la intervención (ante quirófano).

4.- Colocar al paciente en decúbito supino, monitorizar y comprobar permeabilidad, estado y fijación de las vías, constantes vitales previa anestesia general, colocar la placa del electro bisturí y preparar la mesa de mano para la intervención y administración de profilaxis antibiótica.

5.- Preparar el instrumental quirúrgico y fungible necesario para la intervención y comprobar que todo el material esté correcto y disponible (pruebas cruzadas, para una posible transfusión por pérdida de volemia, ya que no se usará manguito de isquemia por la localización del tumor).

6.- Circular e instrumentar al anestesista durante el acto anestésico (anestesia general con IOT y uso de video laringoscopio, por intubación difícil, con bloqueo supraclavicular con catéter) y al equipo de traumatología.

7.- Rellenar la hoja de enfermería del acto quirúrgico y resto de peticiones para las anatomías patológicas intraoperatorias en fresco y formol.

8.- Una vez finalizada la intervención, limpiar la incisión con suero fisiológico y antiséptico; después se procede a colocar una férula de yeso, desde la axila a la falange proximal, acomodar el sistema de recolección con aspiración y se ocluir con el vendaje pertinente.

La intervención se realizó mediante abordaje abierto con una escisión amplia, extirpando en su totalidad la tumoración, bajo la anestesia general del paciente. Se conserva el paquete vasculonervioso: arteria braquial, nervio mediano y cubital. La rama bicipital del nervio musculocutáneo no se respeta por estar afectada por la tumoración.

La anatomía patológica intraoperatoria, confirman que los márgenes están libres y se envían muestras a anatomía patológica, que posteriormente, confirman la limpieza de los márgenes externos. Tras el cierre y oclusión de la incisión, se procede a despertar al paciente, extubarlo y trasladarlo a la unidad de reanimación para su total recuperación.

En esta unidad, el paciente evoluciona favorablemente con buen control analgésico mediante catéter supraclavicular, eupneico, hemodinamicamente estable, abundantes diuresis espontáneas, plena movilización de las cuatro extremidades, buena perfusión distal de miembro y drenaje de escaso material sanguinolento. Dada la buena evolución se decide alta a planta de traumatología.

El paciente permanece a cargo del Servicio de Anestesiología para el control del dolor (con perfusión contínua de L-bupivacaina) hasta la retirada del cateter. Con clínica postoperatoria satisfactoria, es dado de alta a casa con buena coloración, movilidad y sensibilidad distal el miembro superior derecho

Discusión y conclusiones:

El grupo de sarcomas mixoides hipocelulares a tener en cuenta a la hora de realizar el diagnóstico diferencial incluye mixofibrosarcoma de bajo grado (histiocitoma fibroso mixoide maligno), sarcoma fibromixoide de bajo grado y liposarcoma mixoide. Debe realizarse diagnóstico histológico por PAAF (punción aspiración con aguja fina) o biopsia abierta previamente a la exéresis.

Esta intervención ha permitido que nuestro paciente tuviese una rehabilitación controlada y activa, proporcionándole una mejora exponencial de la movilidad física, reducción y control del dolor agudo y aumento de su autoestima, calidad de vida y mortalidad. Como indicación médica y tratamiento postoperatorio se recomienda:

- Analgesia habitual para el dolor, tratamiento habitual domiciliario y ciprofloxacino 500 cada 12 horas 7 días.

- Reposo, mantener la mano en alto y el brazo en cabestrillo moviendo activamente los dedos de la mano

- Aplicar hielo local protegido varias veces al día. Si fiebre o empeoramiento clínico, acudir a Urgencias.

- Revisión en 3 semanas en consulta de Traumatología (Unidad de Tumores) y sala de curas de enfermería

Bibliografía

1.- Cancer.gov s/f. https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios diccionariocancer/def/sarcoma

2.- Seap.es s/f. https://www.seap.es/c/document_library/get_file?uuid=2b4cd3cf-db28-4770-81a1-eb042dc1914b&groupId=1015

3.- Orpha.net s/f. https://www.orpha.net/consor/cgibin/OC_Exp.php?Expert=79105&lng=ES

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 131

Monitorización postquirúrgica con oxímetro de un colgajo DIEP comparado con otras técnicas

Hernández Porras, Lara
Renedo Diez, Andrés
García Castilla, Javier
Mamolar Andrés, Ana
Laso de la Vega Pardo, Laura

Revisión bibliográfica: Monitorización postquirúrgica con oxímetro de un colgajo DIEP comparado con otras técnicas

Lara Hernández Porras, Andrés Renedo Diez, Javier García Castilla, Ana Mamolar Andrés ,Laura Laso de la Vega Pardo

Introducción

La técnica Colgajo DIEP es una de las principales técnicas de reconstrucción mamaria, consiste en extraer piel y tejido graso de la zona baja del abdomen para transferirlo a la mama sobre la que se ha realizado la mastectomía.

El sistema **de oxímetro** provee monitorización en tiempo real de los cambios registrados en la saturación de oxígeno regional del colgajo.

Las variaciones en el oxímetro son valoradas continuamente por enfermería y en caso de descenso de la saturación del colgajo, requiere valoración del cirujano.

En el caso de que no tenga un oxímetro, la valoración del colgajo se realiza por el cirujano, mediante ecógrafo o valoración del relleno siendo periódico y no continuo el seguimiento evolutivo del colgajo.

Objetivos

El objetivo de esta revisión bibliográfica es (H1) validar la utilización del **oxímetro** para la monitorización continua de la saturación del colgajo, frente a la utilización de otros métodos.

Material y método

La búsqueda bibliográfica se ha realizado en PubMed. Las palabras claves utilizadas (Mesh) fueron colgajo libre y oximetro ("Free Tissue Flaps"[Mesh]) AND "Oximetry"[Mesh]. Los filtros utilizados para acotar la búsqueda fueron, textos completos, en humanos y realizados en los cinco últimos años.

Con este criterio los artículos resultantes fueron 9. Se realizó una lectura crítica de los artículos, tras la lectura se descartaron 4.El motivo del descarte de los artículos fué que no correspondían con la cirugía descrita, o no respondían a la pregunta formulada.

RESULTADOS



En un estudio se revisaron 1367 colgajos; Se monitorizaron 740 colgajos en 460 pacientes con observación clínica y oximetría tisular. Concluyen No hay ningún beneficio estadístico del uso de la oximetría tisular en comparación con el doppler manual en la monitorización del colgajo con respecto a los resultados del colgajo

Otro estudio en 17 pacientes consecutivas con evaluación continua de la tensión de oxígeno representa un método prometedor para el monitoreo postoperatorio de los colgajos de cirugía reconstructiva mamaria cuando se usa en combinación con las evaluaciones clínicas periódicas tradicionales

Un estudio en 175 colgajos, enfermería detecto gracias al oxímetro 7 problemas relacionados con el colgajo. Recomiendan retirar a las24h postquirúrgicas por los falsos positivos del aparato. Comparado con la valoración tradicional periódica.

Un último estudio en 1010 mujeres en total,380 colgajos (36.2 por ciento) recibieron monitoreo clínico estándar, y 670 colgajos (63.8 por ciento) recibieron monitoreo adicional de oximetría tisular. La tasa de rescate del colgajo antes de la implementación del monitoreo de oximetría tisular fue del 57,7 por ciento y aumentó al 96,6 por ciento. El número de pérdidas completas de colgajo disminuyó de 2,9 por cientoa 0,1 por ciento) con el uso de oximetría tisular.

Conclusiones

La oximetría tisular del colgajo tipo DIEP, ayuda para ver la perfusión post quirúrgica inmediata y el seguimiento y buen control del mismo, sobre todo por parte de enfermería.

Comparado con el Doopler se considera que no hay mejoraría en el pronóstico, aunque la monitorización continua es posible, mientras que con el Doppler no.

Combinado con la evaluación del color, y relleno de forma periódica, se aprecia mejoría en el seguimiento y pronostico.

Hay que tener presente que una mala colocación o despegue de las pegatinas, puede dar falsos negativos.

Uno de los artículos más amplios, indica que reduce el porcentaje de perdidas completas del colgajo.

Bibliografía

Strauss C, Anker A, Klein S, Kemper R, Brebant V, Prantl L, Geis S. Monitoring free flaps and replanted digits via perfusion index - A proof of concept study. Clin Hemorheol Microcirc. 2022;80(4):363-371. doi: 10.3233/CH-211295. PMID: 34690135.

Trignano, E., Fallico, N., Fiorot, L., Bolletta, A., Maffei, M., Ciudad, P., Maruccia, M., Chen, H. C. y Campus, G. V. (2018). Monitorización del colgajo con medición continua de la tensión parcial de oxígeno en cirugía reconstructiva mamaria: Un informe preliminar. *Microcirugía*, *38*(4), 402–406. https://doi.org/10.1002/micr.30256

Tran, P. C., DeBrock, W., Lester, M. E., Hartman, B. C., Socas, J. y Hassanein, A. H. (2021). La tasa de falsos positivos de las alarmas de oximetría tisular transcutánea en la reconstrucción mamaria microvascular aumenta después de 24 horas. *Revista de microcirugía reconstructiva*, *37*(5), 453–557. https://doi.org/10.1055/s-0040-1719048Koolen,

P. G. L., Vargas, C. R., Ho, O. A., Ibrahim, A. M. S., Ricci, J. A., Tobias, A. M., Winters, H. A. H., Lin, S. J. y Lee, B. T. (2016). ¿El aumento de la experiencia con el monitoreo de la oximetría tisular en la reconstrucción mamaria microquirúrgica conduce a una disminución de la pérdida de colgajo? El efecto de aprendizaje. *Cirugía plástica y reconstructiva*, *137*(4), 1093–1101. https://doi.org/10.1097/01.prs.0000481071.59025.82

Resumen: La técnica Colgajo DIEP es una de las principales técnicas de reconstrucción mamaria, consiste en extraer piel y tejido graso de la zona baja del abdomen para transferirlo a la mama sobre la que se ha realizado la mastectomía.

El sistema de oxímetro provee monitorización en tiempo real de los cambios registrados en la saturación de oxígeno regional del colgajo.

La oximetría tisular del colgajo tipo DIEP, ayuda para ver la perfusión post quirúrgica inmediata y el seguimiento y buen control del mismo, sobre todo por parte de enfermería.

Palabras Clave: Colgajo libre “Free Tissue Flaps”, Oxímetro “Oximetry”, Enfermeria “Nursery”

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La técnica Colgajo DIEP es una de las principales técnicas de reconstrucción mamaria, consiste en extraer piel y tejido graso de la zona baja del abdomen para transferirlo a la mama sobre la que se ha realizado la mastectomía.

El sistema de oxímetro provee monitorización en tiempo real de los cambios registrados en la saturación de oxígeno regional del colgajo.

Las variaciones en el oxímetro son valoradas continuamente por enfermería y en caso de descenso de la saturación del colgajo, requiere valoración del cirujano.

En el caso de que no tenga un oxímetro, la valoración del colgajo se realiza por el cirujano, mediante ecógrafo o valoración del relleno siendo periódico y no continuo el seguimiento evolutivo del colgajo.

Objetivo:

El objetivo de esta revisión bibliográfica es (H1) validar la utilización del oxímetro para la monitorización continua de la saturación del colgajo, frente a la utilización de otros métodos.

Material y Método:

La búsqueda bibliográfica se ha realizado en PubMed. Las palabras claves utilizadas (Mesh) fueron colgajo libre y oximetro ("Free Tissue Flaps"[Mesh]) AND "Oximetry"[Mesh]. Los filtros utilizados para acotar la búsqueda fueron, textos completos, en humanos y realizados en los cinco últimos años.

Con este criterio los artículos resultantes fueron 9. Se realizó una lectura crítica de los artículos, tras la lectura se descartaron 4. El motivo del descarte de los artículos fué que no correspondían con la cirugía descrita, o no respondían a la pregunta formulada.

Resultado:

En un estudio se revisaron 1367 colgajos; Se monitorizaron 740 colgajos en 460 pacientes con observación clínica y oximetría tisular. Concluyen No hay ningún beneficio estadístico del uso de la oximetría tisular en comparación con el doppler manual en la monitorización del colgajo con respecto a los resultados del colgajo

Otro estudio en 17 pacientes consecutivas con evaluación continua de la tensión de oxígeno representa un método prometedor para el monitoreo postoperatorio de los colgajos de cirugía reconstructiva mamaria cuando se usa en combinación con las evaluaciones clínicas periódicas tradicionales

Un estudio en 175 colgajos, enfermería detecto gracias al oxímetro 7 problemas relacionados con el colgajo. Recomiendan retirar a las24h postquirúrgicas por los falsos positivos del aparato. Comparado con la valoración tradicional periódica.

Un último estudio en 1010 mujeres en total,380 colgajos (36.2 por ciento) recibieron monitoreo clínico estándar, y 670 colgajos (63.8 por ciento) recibieron monitoreo adicional de oximetría tisular. La tasa de rescate del colgajo antes de la implementación del monitoreo de oximetría tisular fue del 57,7 por ciento y aumentó al 96,6 por ciento. El número de pérdidas completas de colgajo disminuyó de 2,9 por cientoa 0,1 por ciento) con el uso de oximetría tisular.

Conclusiones:

La oximetría tisular del colgajo tipo DIEP, ayuda para ver la perfusión post quirúrgica inmediata y el seguimiento y buen control del mismo, sobre todo por parte de enfermería.

Comparado con el Doopler se considera que no hay mejoraría en el pronóstico, aunque la monitorización continua es posible, mientras que con el Doppler no.

Combinado con la evaluación del color, y relleno de forma periódica, se aprecia mejoría en el seguimiento y pronostico.

Hay que tener presente que una mala colocación o despegue de las pegatinas, puede dar falsos negativos.

Uno de los artículos más amplios, indica que reduce el porcentaje de perdidas completas del colgajo. Aporta solo beneficios

Bibliografía

1 .- Strauss C, Anker A, Klein S, Kemper R, Brebant V, Prantl L, Geis S. Monitoring free flaps and replanted digits via perfusion index - A proof of concept study. Clin Hemorheol Microcirc. 2022;80(4):363-371. doi: 10.3233/CH-211295. PMID: 34690135.

2.- Trignano, E., Fallico, N., Fiorot, L., Bolletta, A., Maffei, M., Ciudad, P., Maruccia, M., Chen, H. C. y Campus, G. V. (2018). Monitorización del colgajo con medición continua de la tensión parcial de oxígeno en cirugía reconstructiva mamaria: Un informe preliminar. Microcirugía, 38(4), 402–406. https://doi.org/10.1002/micr.30256

3.- Tran, P. C., DeBrock, W., Lester, M. E., Hartman, B. C., Socas, J. y Hassanein, A. H. (2021). La tasa de falsos positivos de las alarmas de oximetría tisular transcutánea en la reconstrucción mamaria microvascular aumenta después de 24 horas. Revista de microcirugía reconstructiva, 37(5), 453–557. https://doi.org/10.1055/s-0040-1719048Koolen,

4.- P. G. L., Vargas, C. R., Ho, O. A., Ibrahim, A. M. S., Ricci, J. A., Tobias, A. M., Winters, H. A. H., Lin, S. J. y Lee, B. T. (2016). ¿El aumento de la experiencia con el monitoreo de la oximetría tisular en la reconstrucción mamaria microquirúrgica conduce a una disminución de la pérdida de colgajo? El efecto de aprendizaje. Cirugía plástica y reconstructiva, 137(4), 1093–1101. https://doi.org/10.1097/01.prs.0000481071.59025.82

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 132

Movimiento antivacunas y sus argumentos.

Martínez Rodríguez, Sandra
Martínez Rodríguez, Juan Maximiliano



MOVIMIENTO ANTI-VACUNAS Y SUS ARGUMENTOS

Autores: Sandra Martínez Rodríguez y Juan Maximiliano Martínez Rodríguez

INTRODUCCIÓN

Tras el descubrimiento de Edward Jenner, Reino Unido impuso la obligatoriedad de las vacunas a través de distintas leyes, provocando en el proceso un gran descontento en la población local, el cual derivo tiempo después en la "Liga de Leicester contra la vacunación". Años más tarde este movimiento se expandió por Europa y América del norte, encontrando su fortalecimiento ante la publicación del artículo escrito por Andrew Wakefield donde se mostraba la supuesta relación entre el autismo y la triple vírica.

OBJETIVOS

-Conocer los diversos temores y argumentos del movimiento anti-vacunas.

MATERIAL Y METODOS

Revisión narrativa de la literatura científica actual, a través de bases de datos nacionales e internacionales, disponible en las bases de datos Pubmed y Scielo, cuya búsqueda fue realizada en lengua inglesa y castellana.

RESULTADOS

Los argumentos y temores del movimiento anti-vacunas más comunes son:

- Rechazo por motivos religiosos por la presencia de material genético fetal y gelatinas porcinas en la vacuna triple vírica.
- Temor de sobrecargar el sistema inmune por varis dosis en un corto periodo de tiempo.
- Considerar la inmunidad ofrecida por las vacunas como algo temporal.
- Temor al timerosal (mercurio etílico) por supuesta neurotoxicidad.
- Minimizar los riesgos y complicaciones de ciertas enfermedades.
- Desconocimiento del peligro de ciertas enfermedades por su "erradicación".
- Sensación de seguridad ofrecida por la inmunidad de grupo.
- Creencia en la relación de diversas enfermedades a causa de la vacunación. Como por ejemplo:

Vacuna	Patología
Triple vírica	Autismo, enfermedad de Crohn, trastornos del neurodesarrollo, etc
Virus influenza	Guillain-Barré y asma bronquial
Tétanos	Guillain-Barré
Poliomielitis oral	Asma bronquial y retroviriasis
Sarampion	Enfermedad inflamatoria intestinal
Combinaciones vacunales	Depresión inmunitaria

CONCLUSIONES

Aunque los motivos ofrecidos por el movimiento anti-vacuna para no vacunarse presentan un origen muy variado, estos pueden separarse en dos grupos bien diferenciados. Aquellos basados en argumentos erróneos y los basados en creencias personales. Los primeros pueden abordarse a través de la educación para la salud; sin embargo, el segundo grupo, como es el caso de las creencias religiosas, es algo más complejo de abordar.



Resumen: Tras el descubrimiento de Edward Jenner, Reino Unido impuso la obligatoriedad de las vacunas a través de distintas leyes, provocando en el proceso un gran descontento en la población local, el cual derivo tiempo después en la "Liga de Leicester contra la vacunación". Años más tarde este movimiento se expandió por Europa y América del norte, encontrando su fortalecimiento ante la publicación del artículo escrito por Andrew Wakefield donde se mostraba la supuesta relación entre el autismo y la triple vírica.

Palabras Clave: Movimiento anti-vacunación, negativa a la vacunación y antivacunas

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Poco después de que Edward Jenner descubriera la primera vacuna en 1796 contra la viruela, se empezaron a dar los primeros pasos en la vacunación sistemática. Este descubrimiento permitió a la población protegerse de tal enfermedad, la cual presentaba una mortalidad de un 30% y que, además, dejaba multitud de cicatrices permanentes en los supervivientes.

El primer país en establecer la obligatoriedad de las vacunas a nivel legal fue Reino Unido. No obstante, tal iniciativa fue rechazada por parte de la población, creándose en respuesta la "Liga de Leicester contra la vacunación" en 1869. Tal organismo rechazaba la vacunación y tenía una firme creencia en las medidas preventivas, tales como el aislamiento del enfermo y la destrucción de las pertenencias contaminadas. Tiempo después, esta ideología se expandió a través de Europa y América del norte

Con el paso de los años esta reticencia fue potenciada por distintas controversias, entre las que destaca la de Andrew Wakefield y su articulo publicado en la revista The Lancet en 1998, Reino unido, en el que se exponía la supuesta relación entre el autismo y la vacuna triple vírica. A causa de este estudio, el cual fue retirado tiempo después, las tasas de vacunación contra la triple vírica se vieron afectadas de manera negativa, pasando de una adherencia terapéutica del 90% por parte de la población en 1997 a un 80% en 2004. A causa de ello, a lo largo de esos años surgieron nuevos brotes de sarampión y un repunte de personas fallecidas.

Objetivo:

Conocer los diversos miedos y argumentos enarbolados por el movimiento anti- vacunas.

Material y Método:

Revisión narrativa de la literatura científica actual, a través de bases de datos nacionales e internacionales, disponible en las bases de datos Pubmed y Scielo, cuya búsqueda fue realizada en lengua inglesa y castellana.

Resultado:

La mayoría de argumentos utilizados por el movimiento antivacunas basa su reticencia alegando diversas razones, entre los que destacan motivos religiosos, políticos, personales y/o de segu-

ridad. Cabe destacar que ninguno de estos argumentos ha sido comprobado y respaldado por la evidencia científica actual.

Los argumentos más comunes de este movimiento son:

• Comunidades religiosas opuestas al aborto, tales como hindúes, protestantes, judíos y musulmanes, rechazan la vacuna triple vírica pues originalmente se crearon a través series celulares de tejido fetal abortado.

• Por otra parte, comunidades religiosas opuestas a la ingesta del cerdo, rechazan por completo la triple vírica pues presenta una gelatina porcina utilizada para estabilizar el producto y conseguir así una mejora en su conservación.

• Temor a la sobrecarga del sistema inmune como es en el caso de los niños vacunados varias veces en un corto periodo de tiempo.

• Consideran que la inmunidad otorgada por la vacunación es algo temporal

• Creencia de que el timerosal puede provocar neurotoxicidad, idea errónea, pues este compuesto esta formado por mercurio etílico, distinto al mercurio metílico que si ocasiona toxicidad a nivel nervioso central.

• Las experiencias personales de los padres pueden afectar a la toma de decisiones. Algunos padres consideran que algunas enfermedades presentan riesgos menores o insignificantes, ya que antes se pasaba de manera natural en la infancia. Un ejemplo es la varicela.

• El desconocimiento de estas enfermedades debido a su “erradicación” provoca que en la actualidad se subestimen sus riesgos y complicaciones, considerando incluso innecesaria la vacunación.

• Otra razón para rechazar las vacunas, es la sensación de seguridad producida por la inmunidad de grupo.

• Por último, existe la creencia de que existe una relación entre el desarrollo de ciertas enfermedades y las vacunas como puede verse en la siguiente tabla:

Vacuna	Patología atribuida
Triple vírica	Autismo, enfermedad de Crohn, trastornos del neurodesarrollo, panencefalitis esclerosante subaguda, asma bronquial, enfermedad inflamatoria intestinal y retroviriasis
Hepatitis B	Enfermedades desmielinizantes y autoinmunes, y diabetes mellitus tipo 1
Virus influenza	Guillain-Barré y asma bronquial
Tétanos	Guillain-Barré
Difteria, tétanos y pertusis acelular tipo infantil	Encefalopatía espingiforme
Haemophilus influenzae B	Encefalopatía espingiforme, diabetes mellitus tipo 1 y asma bronquial
Hepatitis A	Encefalopatía espingiforme
Difteria, tétanos y pertusis de pared entera o de célula completa	Encefalopatía permanente, muerte súbita del lactante y asma bronquial
Poliomielitis oral	Asma bronquial y retroviriasis
Sarampion	Enfermedad inflamatoria intestinal
Enfermedad de Lyme	Artritis crónica
Combinaciones vacunales	Depresión inmunitaria
Vacunas con timerosal	Autismo y trastornos del neurodesarrollo,
Fiebre amarilla	Retroviriasis

Conclusiones:

Aunque los motivos ofrecidos por el movimiento anti-vacuna para no vacunarse presentan un origen muy variado, estos pueden separarse en dos grupos bien diferenciados. Aquellos basados en argumentos erróneos y los basados en creencias personales. Los primeros pueden abordarse a través de la educación para la salud; sin embargo, el segundo grupo, como es el caso de las creencias religiosas, es algo más complejo de abordar.

Bibliografía

1 .- Tafuri S, Gallone MS, Cappelli MG, Martinelli D, Prato R, Germinario C. Addressing the anti-vaccination movement and the role of HCWs. Vaccine. 2014;32(38):4860-5.

2.- Cáceres Bermejo GG. Un momento de reflexión acerca de las vacunas. Sanid Mil. 2012;68(2):109–14.

3.- Hussain A, Ali S, Ahmed M, Hussain S. The Anti-vaccination Movement: A Regression in Modern Medicine. Cureus. 2018;10(7).

4.- Gowda C, Dempsey AF. The rise (and fall?) of parental vaccine hesitancy. Hum Vaccin Immunother. 2013;9(8):1755-62.

5.- Salazar Madrigal KA. Vacuna contra sarampión rubeola y paperas y su asociación con autismo: a 20 años de controversia. Rev Costarric Salud Pública. 2018;27(1):79–86

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 133

Nebulización con Sistema de Malla Vibratoria

García Couque, María del Mar
Sánchez Ramos, Francisca
Torres Gallego - Casilda, Consolación
Cabezalí Lozano, Ana María

NEBULIZACIÓN CON SISTEMA DE MALLA VIBRATORIA

AUTORES

María del Mar García Couque [1], Francisca Ramos Sánchez [1], Consolación Torres Gallego-Casilda [1], Ana María Cabezalí Lozano [1].
UCINP Hospital "Mancha-Centro" [1].

INTRODUCCIÓN

La aerosolterapia es un sistema de administración de fármacos usado frecuentemente en el tratamiento de patologías respiratorias, la eficacia de dicho tratamiento dependerá de muchos factores, uno de ellos el dispositivo utilizado para ello. En los últmos años se ha producido un importante avance tecnológico que ha permitido desarrollar sistemas más eficientes, seguros, de fácil manejo, no dependientes de gases-compresores y que consiguen una mayor eficacia con menos efectos secundarios para el paciente y mayor seguridad para el personal sanitario que lo administra.
En el actual contexto sanitario y tras las últimas publicaciones de distintas sociedades científicas se recomienda la administración de aerosolterapia mediantes nebulizadores de malla vibratoria.

OBJETIVOS

- Dar conocer el sistema de nebulización de malla vibrante.
- Fomentar el uso adecuado de estos sistemas.
- Exponer los beneficios de este sistema para la administación de medicación nebulizada.

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, Guías de Práctica Clínica de instituciones nacionales e internacionales y Manual de uso Sistema Aerogen USB controller.
- Se realiza una lectura crítica de la bibliografía encontrada para extraer la máxima información relacionada con nuestro estudio.

RESULTADOS

El sistema de nebulización de malla vibratoria tipo "Aerogen"® permite la administración de aerosolterapia a través de un sistema cerrado de forma intermitente o continua en pacientes con respiración espontánea o con algún tipo de soporte respiratorio (IMAGEN 1). Permite la administración del fármaco sin interrupción en el sistema de ventilación instaurado y sin necesidad de flujo adicional.



IMAGEN 1



IMAGEN 2



IMAGEN 3

Con el sistema de nebulización de malla vibratoria se consiguen partículas de fármaco de 3-5micras de tamaño, lo que permite que el mismo pueda llegar a la pequeña vía aérea. Según algunos estudios, los pacientes en tratamiento con BiPAP recibieron 4 veces más medicamento con el sistema de malla vibratoria que con los nebulizadores tipo jet, y 7 veces más que con los sistemas pMID; así como los pacientes con respiradores espontáneos recibieron 5 veces más medicación con los sistemas de malla vibratoria que con los tipo jet, consiguiendo así una respuesta más rápida y eficaz al tratamiento (IMAGEN 2-3).
Este sistema genera menos aerosoles con la consiguiente seguridad para el paciente y el profesional sanitario que lo administra, al reducir el riesgo de contaminación por bioaerosoles infecciosos.
Se reduce el tiempo de administración del fármaco a 6-7 minutos, sin necesidad de desconectar el paciente del soporte respiratorio que tenga; además es un sistema silencioso lo que favorece el confort del paciente.

CONCLUSIONES

- Los dispositivos de nebulización de malla vibratoria son una opción segura y adaptable a los diferentes sistemas respiratorios con los que sea necesario la administración de aerosolterapia.
- Permite una administración de aerosoles más confortable y eficiente para el paciente, en especial en población pediátrica .
- La nebulización con estos sistemas se consigue de una de forma más eficaz y segura que con los sistemas Tipo Jet o pMID, tanto para el paciente como para el profesional sanitario que lo administra.

Resumen: La aerosolterapia es un sistema de administración de fármacos usado frecuentemente para tratar patologías respiratorias, cuya eficacia va a depender de diversos factores.

El reciente desarrollo tecnológico ha permitido diseñar dispositivos de nebulización más eficientes y más seguros.

Los sistemas de nebulización de malla vibratoria permiten administrar el fármaco a través de un sistema cerrado, sin necesidad de interrupir el sistema de ventilación instaurado y sin necesidad de flujo adicional, además genera menos aerosoles con la consiguiente seguridad para el paciente y el profesional sanitario que lo administra, al reducir el riesgo de contaminación por bioaerosoles infecciosos.

Palabras Clave: Terapia por aerosol de medicamentos, Tamaño de la partícula, Aerosoles

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La aerosolterapia es un sistema de administración de fármacos usado frecuentemente en el tratamiento de patologías respiratorias, la eficacia de dicho tratamiento dependerá de muchos factores, uno de ellos el dispositivo utilizado para ello. El desarrollo tecnológico llevado a cabo en la última década ha permitido diseñar sistemas más eficientes, seguros, de fácil manejo, no dependientes de gases-compresores y que consiguen una mayor eficacia con menos efectos secundarios para el paciente y mayor seguridad para el personal sanitario que lo administra. En el actual contexto sanitario y tras las últimas publicaciones de distintas sociedades científicas se recomienda la administración de aerosolterapia mediantes nebulizadores de malla vibratoria.

Objetivo:

- Dar conocer el sistema de nebulización de malla vibrante.

- Fomentar el uso adecuado de estos sistemas.

- Exponer los beneficios de este sistema para la administación de medicación nebulizada.

Material y Método:

- Diseño: Búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos: Sin restricción temporal ni de idioma.

- Bases: Uptodate, Pubmed, Cochranne, Enfispo, Scielo, así como protocolos, Guías de Práctica Clínica de instituciones nacionales e internacionales y Manual de uso Sistema Aerogen USB controller.

- Se realiza una lectura crítica de la bibliografía encontrada para extraer la máxima información relacionada con nuestro estudio.

Resultado:

El sistema de nebulización de membrana vibratoria tipo "Aerogen"® permite la administración de aerosolterapia a través de un sistema cerrado de forma intermitente o continua en pacientes con respiración espontánea o con algún tipo de soporte respiratorio. Permite la administración del fármaco sin interrupción en el sistema de ventilación instaurado y sin necesidad de flujo adicional.

Con el sistema de nebulización de malla vibratoria se consiguen partículas de fármaco de 3-5micras de tamaño, lo que permite que, el mismo, pueda llegar a la pequeña vía aérea. Según algunos estudios, los pacientes en tratamiento con BiPAP recibieron 4 veces más medicamento con el sistema de malla vibratoria que con los nebulizadores tipo jet, y 7 veces más que con los sistemas pMID; así como los pacientes con respiradores espontáneos recibieron 5 veces más medicación con los sistemas de malla vibratoria que con los tipo jet, consiguiendo así una respuesta más rápida y eficaz al tratamiento.

Este sistema genera menos aerosoles con la consiguiente seguridad para el paciente y el profesional sanitario que lo administra, al reducir el riesgo de contaminación por bioaerosoles infecciosos.

Se reduce el tiempo de administración del fármaco a 6-7 minutos, sin necesidad de desconectar el paciente del soporte respiratorio que tenga; además es un sistema silencioso lo que favorece el confort del paciente, de forma especial en la población pediátrica.

Conclusiones:

- Los dispositivos de nebulización de malla vibratoria son una opción segura y adaptable a los diferentes sistemas respiratorios con los que sea necesario la administración de aerosolterapia.

- Permite una administración de aerosoles más confortable y eficiente para el paciente, en especial en población pediátrica .

- La nebulización con estos sistemas se consigue de una de forma más eficaz y segura que con los sistemas tradicionales, tanto para el paciente como para el profesional sanitario que lo administra.

Bibliografía

1 .- Cinesi Gómez C, Peñuelas Rodríguez Ó, Luján Torné M, Egea Santaolalla C, Masa Jiménez JF, García Fernández J et al. Clinical consensus recommendations regarding non-invasive respiratory support in the adult patient with acute respiratory failure secondary to SARS-CoV-2 infection. Med Intensiva 2020. doi:10.1016/j. medin.2020.03.005.

2.- Galindo-Filho VC, Ramos ME, Rattes CS, Barbosa AK, Brandao DC, Brandao SCS et al. Radioaerosol Pulmonary Deposition Using Mesh and Jet Nebulisers During Noninvasive Ventilation in Healthy Subjects. Respir Care 2015; 60: 1238–1246.

3.- Chweich H, Idrees N, Rice L, Rideout J, Barnewolt B, Kamlarz S et al. Effectiveness of a Vibrating Mesh Aerosolizer Compared to a Jet Nebulizer for the Delivery of Bronchodilator Therapy to Acute Adult Asthmatics in the Emergency Department a Randomized Controlled Trial. American Thoracic Society, 2019, pp A2209–A2209.

4.- Protocolo para el uso y manejo de sistemas de aerosolterapia de tipo malla vibrate en pacientes con o sin patologías transmisibles por vía aérea/gotas. [Internet]. Generalitat Valenciana. 2020 [13 de mayo de 2020]. Disponible en: https://cuidados20.san.gva.es/documents/16554/8581139/Procedimiento+Sistema+Nebulizacion+malla+vibrante_definitivo_13mayo_corregido.pdf/

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 134

Neuroprotección con Hipotermia Inducida tras parada Cardiorrespiratoria

Aceña Martínez, Silvia
Martínez Casado, María Ángeles
Escudero Tutor, Laura
Pereira Cruz, Leticia María
Madrigal Bercedo, Isabel
Gil Gaspar, María

NEUROPROTECCION CON HIPOTERMIA INDUCIDA TRAS PARADA CARDIORRESPIRATORIA

AUTORES: SILVIA ACEÑA MARTÍNEZ, MARÍA ÁNGELES MARTÍNEZ CASADO, LAURA ESCUDERO TUTOR, LETICIA MARÍA PEREIRA CRUZ, MARÍA ISABEL MADRIGAL BERCEDO, MARÍA GIL GASPAR

SATSE

I INTRODUCCIÒN

Una parada cardiaca (PC) se define como todo cese inesperado, brusco y potencialmente reversible de la actividad cardiaca. La parada cardiaca (PC) es una situación sanitaria problemática que lleva asociada una alta mortandad. Gracias a las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) han aumentado los pacientes que recuperan la circulación espontánea; en cambio, la mortalidad en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), derivada de los daños neurológicos producidos, sigue siendo muy alta. La hipotermia terapéutica (HT) inducida se define como un elemento protector frente al daño neurológico derivado de la PC, y las maniobras de RCP; y a pesar de las recomendaciones sobre su utilización dentro del manejo del síndrome post parada, existe poca rigurosidad sobre su uso, escasa estandarización enfermera, y falta de protocolos en nuestra UCIS. Se van a realizar varios estudios realizados en pacientes que tras tener una parada cardiaca han sido sometidos a hipotermia terapéutica inducida para reducir los daños neurológicos cerebrales.

M METODOLOGIA

Se realizó una búsqueda bibliográfica a través de las siguientes bases de datos: PubMed, Biblioteca de SACYL y Google Académico. Se localizaron 18 artículos, aceptando varios de ellos que pertenecían a los criterios de inclusión: revisiones sistemáticas, y revisiones bibliográficas, en español o inglés, publicadas desde el año 2012 al 2022 cuyos sujetos de estudio son adultos.

R RESULTADOS

Actualmente se recomienda la técnica de hipotermia terapéutica de un paro cardiaco extrahospitalario en ritmo desfibrilable (TUSP o FV) en pacientes adultos. Se ha comprobado que una bajada en la temperatura controlada del cuerpo a 32-34ºC durante 12-24 horas con posterior recalentamiento a razón de 0,3ºC a 0,5ºC /h aumenta la supervivencia y mejora los daños neurológicos producidos por la hipoxia cerebral.

Al disminuir la temperatura se reduce la presión intracraneal al producirse una vasoconstricción y se mejora el aporte de oxígeno en las zonas con isquemia, con lo que también disminuye la inflamación producida por esa isquemia.

PALABRAS CLAVE

Hipotermia inducida, paro cardiaco y Neuroprotección

TIEMPO HIPOTERMIA

12-24 horas

TEMPERATURA CLAVE

32-34ºC

OBJETIVO

Reducir daños cerebrales tras sufrir PCR a través de la realización de HT a 32-34ºC

Bibliografía

D DISCUSION

A pesar de los beneficios que conlleva la aplicación de la HT en pacientes tras sufrir una Parada Cardiorrespiratoria, no se asegura que la técnica sea efectiva al 100% ya que a pesar de los estudios realizados, la realidad es que no todos los profesionales aplican estas técnicas debido a que no existen en las UCIS protocolos para su realización en los que se expliquen con detalle cuando iniciar la técnica, que método usar, hasta que temperatura llegar, durante cuanto tiempo, así como su posterior revertimiento.

C CONCLUSIONES

Se ha comprobado que la HT en adultos se asocia a la supervivencia de los pacientes y a la mejora en el daño neurológico en los pacientes reanimados tras una parada cardiorrespiratoria con ritmos desfibrilables (FV y TV).

Los estudios indican que este HT se debe realizar lo antes posible, ya sea en el propio hospital o en el medio extrahospitalario, desde el inicio de la PC.

Se recomienda disminuir la temperatura corporal hasta 32-34ºC en las 12-24 horas. A las 24 horas del inicio de la hipotermia se indica iniciar el recalentamiento corporal a razón de 0,3 a 0,5 ºC/h hasta llegar a una temperatura corporal central de 37ºC.

Resumen: Una parada cardiaca (PC) se define como todo cese inesperado, brusco y potencialmente reversible de la actividad cardiaca. Gracias a las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) han aumentado los pacientes que recuperan la circulación espontánea; pero, la mortalidad en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), derivada de los daños neurológicos producidos, sigue siendo alta. La hipotermia terapéutica (HT) inducida se define como un elemento protector frente al daño neurológico derivado de la PC; a pesar de las recomendaciones sobre su utilización dentro del manejo del síndrome post parada, existe escasa rigurosidad sobre su uso y falta de protocolos en nuestra UCIS.

Palabras Clave: Hipotermia Inducida, Paro Cardíaco, Neuroprotección

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La parada cardiorrespiratoria (PCR), es la emergencia vital por excelencia, punto final de muchas enfermedades agudas graves que complican la vida del paciente. Se define como la interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible de la respiración y circulación espontáneas, lo que se traduce clínicamente en pérdida de la conciencia, apnea y ausencia de pulsos centrales.

La PCR es, sin duda, un importante problema de salud con diferencias según la región y el país en cuanto a la supervivencia, que en muchas ocasiones es influenciada por la organización de los servicios de emergencia y su capacidad de respuesta, así como la preparación y experiencia del personal en los servicios de emergencia hospitalaria.

La hipotermia terapéutica (HT) es un tratamiento de elección para los pacientes adultos en coma que sobreviven a un paro cardíaco con ritmo desfibrilable y recuperan el pulso espontáneo en menos de 60 minutos. Este tratamiento puede dividirse en tres partes: introducción, mantenimiento y recalentamiento. Aunque no disponemos de evidencia clara respecto al objetivo óptimo de temperatura, cuando se decide utilizar un tratamiento activo, se recomienda iniciar el enfriamiento con la mayor rapidez posible, intentar mantener una temperatura estable de 32-34ºC durante 24 horas con diferentes técnicas[(1)] y luego realizar el recalentamiento de modo controlado, con aumentos de 0,3 a 0,5ºC por hora hasta restablecer los 37ºC [(2)].

En cada fase es trascendental monitorizar y tratar los efectos secundarios tales como: escalofríos, hipocalcemia, hiperglucemia, hipovolemia y mantener adecuadas la PAM (80-100 mmHg) y la SAT O2 (94 - 96%)[(3)].

Los profesionales de enfermería prestan cuidados especializados a estos pacientes en situaciones críticas, debido a ello la importancia de la cualificación y formación para llevarlos a cabo. Es importante conocer las distintas técnicas de enfriamiento y los cuidados a llevar a cabo. Tener un buen control hemodinámico del paciente y conocer y prever posibles complicaciones [(4)].

Objetivo:

• Reducir daños cerebrales causados por PCR a través de la realización de HT a 32-34ºC.

• Estandarizar la aplicación del tratamiento mediante HT para evitar la variabilidad de la práctica, garantizar la calidad de la atención y seguridad del paciente.

Material y Método:

Se realizó una búsqueda bibliográfica a través de las siguientes bases de datos: PubMed, Biblioteca de SACYL y Google Académico. Se localizaron 18 artículos, aceptando varios de ellos que pertenecían a los criterios de inclusión: revisiones sistemáticas, y revisiones bibliográficas, en español o inglés, publicadas desde el año 2012 al 2022 cuyos sujetos de estudio son adultos.

Resultado y conclusiones:

Actualmente se recomienda la técnica de hipotermia terapéutica de un paro cardiaco extrahospitalario en ritmo desfibrilable (TUSP o FV) en pacientes adultos. Se ha comprobado que una bajada en la temperatura controlada del cuerpo a 32-34ºC durante 12-24 horas con posterior recalentamiento a razón de 0,3ºC a 0,5ºC /h aumenta la supervivencia y mejora los daños neurológicos producidos por la hipoxia cerebral.

Al disminuir la temperatura se reduce la presión intracraneal al producirse una vasoconstricción y se mejora el aporte de oxígeno en las zonas con isquemia, con lo que también disminuye la inflamación producida por esa isquemia.

Bibliografía

1 .- Tapia-Velasco R. Hipotermia Terapeútica. Revista Mexicana de Anestesiología [Internet]. 2015 Oct. [citado el 10 de octubre de 2020]; 38(3): 449 -451. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2015/cmas153o.pdf

2.- Alvarado Ramirez J, Arrovave Paramo HD, Casas Arroyave F. Hipotermia terapéutica postreanimación cardiopulmonar prolongada en paro cardiaco debido a tromboembolismo pulmonar. Revista Colombiana de Anestesiología [Internet]. 2014 Oct. [citado el 7 de octubre de 2020]; 42(4): 317-320. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120334714000781

3.- Álvarez Escudero N, Pascual Fernández M. Hipotermia terapéutica inducida en el paciente crítico: calidad en los cuidados de enfermería. Ciber Revista [Internet]. 2015 Sep. [citado el 12 de octubre de 2020]; 45: 7. Disponible en: http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/septiembre2015/pagina7.html

4.- Arrich J, Holzer M, Havel C, Müllner M, Herkner H. Hypothermia for neuroprotection in adults after cardiopulmonary resuscitation. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Feb 15;2(2)

5.- Alshimemeri A. Hipotermia terapéutica después de un paro cardíaco. Ann Card Anaesth [serial online] 2014 [citado 2020 Oct 12]; 17: 285 -91. Disponible en: https://www.annals.in/text.asp?2014/17/4/285/142065.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 135

Revisión bibliográfica: Nutrición en pacientes oncológicos: recomendaciones dietéticas

Mamolar Andrés, Ana
Renedo Diez, Andrés
Hernández Porras, Lara
García Castilla, Javier
De la Vega Pardo, Laura

Revisión bibliográfica: Nutrición en pacientes oncológicos: recomendaciones dietéticas

Ana Mamolar Andrés, Andrés Renedo Diez , Lara Hernández Porras, Javier García Castilla, Laura Laso de la Vega Pardo

Introducción

El cáncer en una enfermedad con gran repercusión a nivel mundial, social, sanitario y económico. El cáncer y la malnutrición están muy relacionados. La malnutrición que presentan los pacientes con cáncer es un estado de desnutrición o de pérdida de peso. Estas carencias están causadas por la anorexia y/o por la caquexia tumoral.

Cirugía de cabeza y cuello	Alteraciones de la masticación-deglución. Xerostomía. Disfagias. Fístulas.
Cirugía esofágica	Trastornos de la deglución. Disfagia. Estenosis esofagogástricas. Fístulas.
Cirugía gástrica	Saciedad precoz. Síndrome de Dumping. Malabsorción de vitamina B, hierro y calcio.
Cirugía de intestino delgado	Diarrea. Malabsorción. Alteraciones hidroelectrolíticas. Estenosis. Fístulas.
Cirugía de colón / recto	Diarrea. Malabsorción. Alteraciones hidroelectrolíticas
Cirugía hepática / biliar	Hiperglucemia. Encefalopatías. Alteraciones hidroelectrolíticas. Malabsorción de grasas.
Cirugía pancreática	Malabsorción de grasa y proteica. Esteatorrea. Hiperglucemia/ diabetes secundaria. Fístulas

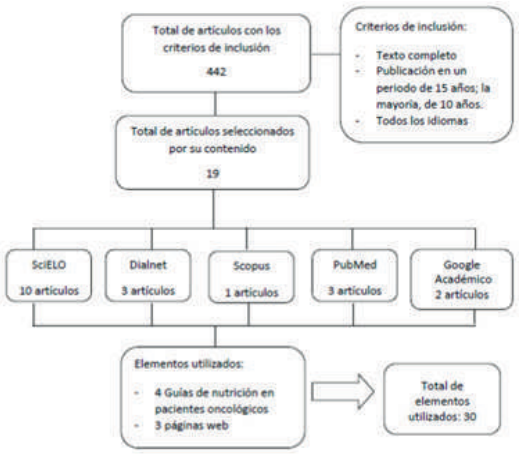
Objetivos

Objetivo general: dar una visión global de la importancia de la intervención nutricional en pacientes con cáncer. Mejorar la eficacia de los tratamientos oncológicos, así como reducir las complicaciones de las intervenciones, disminuir la estancia hospitalaria e incrementar la calidad de vida del paciente.

Objetivos específicos

- Revisar la bibliografía existente para conocer las recomendaciones nutricionales generales relacionadas con el paciente oncológico.
- Dar a conocer los síntomas relacionados con la enfermedad o asociados a los tratamientos, que limitan o perjudican la alimentación del paciente. Además, plantear una serie de recomendaciones dietéticas para el control sintomático.
- Describir qué son los soportes nutricionales y la alimentación básica adaptada (ABA), cuándo se emplea cada uno de ellos, sus diferentes presentaciones y ejemplos de ambos.
- Definir la nutrición artificial, sus tipos y cuando es recomendable el uso de cada uno de ellos.

Material y método



Resultados

En los hospitales el método más rápido para paliar esos síntomas y aumentar el peso es mediante el uso de productos farmacéuticos

La utilización de nutrientes específicos que influyan positivamente en la evolución del proceso oncológico es escasa y con poco éxito. Destacan algunos nutrientes que suelen utilizarse en la práctica, como: EPA, la arginina o glutamina .

Las causas de malnutrición se pueden clasificar en tres apartados: relacionadas con el tumor, relacionadas con el paciente y producidas por las intervenciones y los tratamientos oncológicos.

Para poder proporcionar una atención integral al paciente oncológico, es necesaria la colaboración conjunta de un equipo multidisciplinar, formado por médicos, enfermeras, nutricionistas y psicólogos.

Los profesionales de enfermería deben evaluar individual e integralmente a los pacientes que padecen cáncer, para identificar sus necesidades y sintomatología, y ofrecer los cuidados necesarios capaces de mejorar su estado de salud y su calidad de vida. Para ello es necesario que se elaboren más guías prácticas, protocolos y directrices que permitan incrementar las intervenciones nutricionales y mejorar los hábitos de alimentación en la práctica habitual. Aunque hay que tener en cuenta que las pautas sobre alimentación que se proponen no son de naturaleza estática, debiendo anteponer y valorar siempre la situación de cada paciente.

El personal de enfermería debe actuar principalmente en el soporte nutricional, favoreciendo el aporte del máximo de nutrientes en la dieta, utilizando la manera que más convenga en cada situación (recomendaciones dietéticas, ABA, suplementos nutricionales o nutrición artificial) y controlando y vigilando los signos y síntomas que perjudican la alimentación oral y el dolor. Además, también debe informar y proporcionar al paciente la educación necesaria para que comprenda su patología y/o su sintomatología, se adapte a los cambios lo mejor

Conclusiones

- Los pacientes oncológicos deben poner en práctica una serie de recomendaciones dietéticas para mejorar sus hábitos de alimentación, evitando así la aparición de síntomas relacionados con la enfermedad y/o los tratamientos aplicados, y aumentando el apetito.
- La aparición de síntomas que dificulten la alimentación causados por los tratamientos oncológicos es muy común en el paciente con cáncer. Por eso, estos pacientes deben conocer qué alimentos son los más apropiados según la dolencia y/o la patología y cómo se debe actuar para mejorar.
- La ABA y los suplementos nutricionales son alternativas para mejorar el aporte energético-proteico cuando la alimentación tradicional es insuficiente.
- Cuando el aporte de nutrientes es insuficiente con las anteriores intervenciones se debe comenzar con la nutrición artificial.
- El personal de enfermería juega un papel importante al tener que observar, preguntar y analizar los valores que determinan si un paciente está en riesgo de sufrir un proceso de malnutrición. Además, son los responsables de educar y de transmitir la información necesaria acerca de su patología y de cómo actuar ante sus síntomas de una manera no farmacológica.

Resumen: El cáncer en una enfermedad con gran repercusión a nivel mundial, social, sanitario y económico. El cáncer y la malnutrición están muy relacionados. La malnutrición que presentan los pacientes con cáncer es un estado de desnutrición o de pérdida de peso. Estas carencias están causadas por la anorexia y/o por la caquexia tumoral.

Los pacientes oncológicos deben poner en práctica una serie de recomendaciones dietéticas para mejorar sus hábitos de alimentación.

Palabras Clave: Nutrición, Desnutrición, Paciente Oncológico

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El cáncer en una enfermedad con gran repercusión a nivel mundial, social, sanitario y económico. El cáncer y la malnutrición están muy relacionados. La malnutrición que presentan los pacientes con cáncer es un estado de desnutrición o de pérdida de peso. Estas carencias están causadas por la anorexia y/o por la caquexia tumoral.

Objetivo:

Objetivo general: dar una visión global de la importancia de la intervención nutricional en pacientes con cáncer. Mejorar la eficacia de los tratamientos oncológicos, así como reducir las complicaciones de las intervenciones, disminuir la estancia hospitalaria e incrementar la calidad de vida del paciente.

Objetivos específicos

- Revisar la bibliografía existente para conocer las recomendaciones nutricionales generales relacionadas con el paciente oncológico.

- Dar a conocer los síntomas relacionados con la enfermedad o asociados a los tratamientos, que limitan o perjudican la alimentación del paciente. Además, plantear una serie de recomendaciones dietéticas para el control sintomático.

Material y Método:

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en PubMed y Google Académico, y en bases de datos como SciELO, Dialnet y Scopus. Como fuente de información, también se usaron 4 guías relacionadas con la alimentación y recomendaciones dietéticas para pacientes oncológicos y 3 páginas oficiales en relación al cáncer o a la nutrición, como son la página Sociedad Española Oncológica Médica (SEOM), el Instituto Nacional del Cáncer (NCI) y la Organización Mundial de Salud (OMS). La búsqueda de los artículos seleccionados se encuentra recogida en el Anexo I.

Las palabras clave utilizadas en esta segunda búsqueda bibliográfica fueron: “nutrición”, “desnutrición”, “recomendaciones dietéticas” y “paciente oncológico”. También, se utilizaron en menor medida otras palabras más específicas como “nutrición enteral”, “nutrición parenteral” y “mucositis oral”. Además, estas palabras clave se combinaron principalmente con el operador booleano AND

Resultado y conclusiones:

En los hospitales el método más rápido para paliar esos síntomas y aumentar el peso es mediante el uso de productos farmacéuticos

La utilización de nutrientes específicos que influyan positivamente en la evolución del proceso oncológico es escasa y con poco éxito. Destacan algunos nutrientes que suelen utilizarse en la práctica, como: EPA, la arginina o glutamina.

Las causas de malnutrición se pueden clasificar en tres apartados: relacionadas con el tumor, relacionadas con el paciente y producidas por las intervenciones y los tratamientos oncológicos.

Para poder proporcionar una atención integral al paciente oncológico, es necesaria la colaboración conjunta de un equipo multidisciplinar, formado por médicos, enfermeras, nutricionistas y psicólogos.

Los profesionales de enfermería deben evaluar individual e integralmente a los pacientes que padecen cáncer, para identificar sus necesidades y sintomatología, y ofrecer los cuidados necesarios capaces de mejorar su estado de salud y su calidad de vida. Para ello es necesario que se elaboren más guías prácticas, protocolos y directrices que permitan incrementar las intervenciones nutricionales y mejorar los hábitos de alimentación en la práctica habitual. Aunque hay que tener en cuenta que las pautas sobre alimentación que se proponen no son de naturaleza estática, debiendo anteponer y valorar siempre la situación de cada paciente.

El personal de enfermería debe actuar principalmente en el soporte nutricional, favoreciendo el aporte del máximo de nutrientes en la dieta, utilizando la manera que más convenga en cada situación (recomendaciones dietéticas, ABA, suplementos nutricionales o nutrición artificial) y controlando y vigilando los signos y síntomas que perjudican la alimentación oral y el dolor. Además, también debe informar y proporcionar al paciente la educación necesaria para que comprenda su patología y/o su sintomatología, se adapte a los cambios lo mejor.

Conclusiones

Los pacientes oncológicos deben poner en práctica una serie de recomendaciones dietéticas para mejorar sus hábitos de alimentación, evitando así la aparición de síntomas relacionados con la enfermedad y/o los tratamientos aplicados, y aumentando el apetito.

La aparición de síntomas que dificulten la alimentación causados por los tratamientos oncológicos es muy común en el paciente con cáncer. Por eso, estos pacientes deben conocer qué alimentos son los más apropiados según la dolencia y/o la patología y cómo se debe actuar para mejorar.

La ABA y los suplementos nutricionales son alternativas para mejorar el aporte energético-proteico cuando la alimentación tradicional es insuficiente.

Cuando el aporte de nutrientes es insuficiente con las anteriores intervenciones se debe comenzar con la nutrición artificial.

El personal de enfermería juega un papel importante al tener que observar, preguntar y analizar los valores que determinan si un paciente está en riesgo de sufrir un proceso de malnutrición. Además, son los responsables de educar y de transmitir la información necesaria acerca de su patología y de cómo actuar ante sus síntomas de una manera no farmacológica.

Bibliografía

1 .- Lancheros Páez LL, Merchán Chaverra RA, Martínez Anaya LJ. Tamización del riesgo nutricional en el paciente oncológico. Rev la Fac Med [Internet]. 2015 Feb 5 [cited 2019 May 9];62(1Sup):57–64. Available from: http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/41182

2.- Cerezo L. Diagnóstico del estado nutricional y su impacto en el tratamiento del cáncer. Oncol [Internet]. 2005 [cited 2019 May 9];28(3):23–8. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0378-48352005000300004&script=sci_arttext&tlng=en

3.- Malnutrición. Organización Mundial de la Salud [Internet]. [cited 2019 May 9]. Available from: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition

4.- Osorio Y, Vielma N, Mora CJ, Villarroel J, Alarcón-Corredor OM, Paredes D. Valoración del estado nutricional en pacientes hospitalizados con cáncer [Internet]. Vol. 25, MedULA. 2016 [cited 2019 May 9]. Available from: http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/43611/articulo_3.pdf?sequence=2&isAllowed=y

5.- Guía clínica multidisciplinar sobre el manejo de la nutrición en el paciente con cáncer. Libro consenso SEOM, SENPE y SEOR. Nutr Hosp. 2008; 1(1): 1-52

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 136

Nutrición y cicatrización de heridas crónicas

Diaz Cerro, María Isabel
Cervantes Torres, Laura

NUTRICIÓN Y CICATRIZACIÓN DE HERIDAS CRÓNICAS

AUTORAS: Díaz Cerro, María Isabel; Cervantes Torres, Laura

INTRODUCCIÓN

La nutrición amenudo no se tiene en cuenta como parte del tratamiento de los pacientes con heridas crónicas. Es importante conocer como los nutrientes participan en la cicatrización para poder optimizar ese tratamiento, siendo esencial un aporte extra para la reparación tisular y para restablecer las pérdidas ocasionadas por el exudado de la herida.

El aporte insuficiente de energía, proteínas y antioxidantes es frecuente en los pacientes con heridas crónicas y se ha relacionado con retrasos en la curación y dehiscencia de la herida.

Por ello, es importante la realización de un cribado nutricional en cada paciente con herida crónica, ya que nos ayudará a determinar las necesidades metabólicas de cada uno para individualizar las dietas prescritas, utilizándolas así como tratamiento no farmacológico.

OBJETIVOS

- Actualizar los conocimientos sobre la relación entre la nutrición y cicatrización de heridas.
- Identificar las necesidades dietéticas de pacientes con heridas crónicas.

MATERIAL Y METODOS

- Revisión bibliográfica en las bases de datos Scielo y google acádemy. En las dos se han utilizado filtros de año 2018 en adelante, en español y a texto completo. Las palabras clave utilizadas fueron "herida", "úlcera" y "nutrición", junto con el operador booleano "OR" entre herida y úlcera, y "AND" entre estas dos y nutrición.
- Además, en GNEAUPP encontramos el Documento Técnico GNEAUPP Nº XII Nutrición y heridas crónicas, revisado por última vez en 2014.



RESULTADOS



La presencia de heridas extensas o heridas crónicas conllevan alteraciones metabólicas que impactan en el estado nutricional. La pérdida de peso involuntaria y la pérdida de masa magra interfiere en todas las fases de la cicatrización dificultándola. A su vez, los déficit calórico-nutricionales se han relacionado con una prolongación de la fase inflamatoria de la cicatrización, mayor tasa de infección, disminución de los fibroblastos y el colágeno de calidad, y una angiogénesis deficiente.

Por todo esto se debe hacer un cribado nutricional para detectar a los pacientes en riesgo de desnutrición o desnutridos. Esto se hará mediante el MUST a nivel comunitario, el MNA para personas ancianas (tanto a nivel hospitalario o ambulatorio), o el CONUT.

Tanto en las guías de práctica clínica consultadas, como en los estudios revisados, se indica que los pacientes con heridas crónicas requieren un aumento en la ingesta de nutrientes, recomendando:

- Un aporte calórico de 30-35 kcal/kg/día.
- Un aporte hídrico de 1 ml/kcal/día mínimo.
- Un consumo de proteínas de 1- 2 g/kg/día (varía en función del estado nutricional, de las patologías previas y de la categorización de la herida) pasando de balance nitrogenado neutro a positivo.
- Un aporte de micronutrientes como la vitamina A, E, C, K, D, zinc o hierro que debe ser la igual a la cantidad mínima recomendada (RDA).

CONCLUSIONES

- Todas las fases de la cicatrización requieren energía, proteínas y micronutrientes, por ello un estado nutricional y metabólico correcto es determinante para una cicatrización normal, siendo así el tratamiento nutricional importante para ello, debiendo mantener el peso corporal, según el estado nutricional del paciente; generar un balance nitrogenado de neutro a positivo, cuidar la hidratación, aportar una cantidad suficiente de lípidos e hidratos de carbono, y aportar los micronutrientes según la RDA respectiva, todo mediante alimentos.

BIBLIOGRAFÍA

- Martínez García Rosa María, Fuentes Chacón Rosa María, Lorenzo Mora Ana María, Ortega Rosa M. La nutrición en la prevención y curación de heridas crónicas. Importancia en la mejora del pie diabético. Nutr. Hosp. [Internet]. 2021. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112021000500014&lng=es Epub 01-Nov-2021.
- Miquet-Romero L, Barreto-Penié J, Rodríguez-Garcell R, Rodríguez-Sánchez O. Cicatrización y su relación con la nutrición; un enfoque necesario. **Acta Médica** [revista en Internet]. 2022 Disponible en: https://revactamedica.sld.cu/index.php/act/article/view/332
- Kreindl Christine, Basfi-fer Karen, Rojas Pamela, Carrasco Gabriela. Tratamiento nutricional en úlceras por presión y úlceras venosas. Rev. chil. nutr. [Internet]. 2019 Abr. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182019000200197&lng=es
- Paniagua Asensio M, Hidalgo Doniga C, Merino Perera S, Dominguez Paniagua A. M. Monografía: Nutrición y heridas. [Internet]. Álava: HeridasenRed; 2022. Disponible en: https://www.heridasenred.com/monografia-nutricion-y-heridas
- Verdú Soriano J, Perdomo Perez E. Nutrición y heridas crónicas. Seria documentos técnicos GNEAUPP Nº XII. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño, 2011.

Resumen: La nutrición pasa desapercibida como parte del tratamiento de los pacientes con heridas crónicas. Es importante conocer como los nutrientes participan en la cicatrización, ya que será esencial un aporte extra de proteínas, una cantidad suficiente de energía y líquidos, y los micronutrientes adecuados para la reparación tisular, y por lo general en estos pacientes hay aporte insuficiente de la mayoría de ellos, estando relacionado con retrasos en la curación y dehiscencias. Por eso, es importante realizarles un cribado nutricional para determinar las necesidades metabólicas de cada uno, para asegurar un estado nutricional y metabólico correcto para una cicatrización normal.

Palabras Clave: Heridas, utilizando el descriptor en español “herida”, Úlceras, utilizando el descriptor en español “úlceras”, Nutrición, utilizando el escriptor en español “nutrición, alimentación y dieta”.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La nutrición muchas veces no se tiene en cuenta como parte del tratamiento de los pacientes con heridas crónicas. Es importante conocer como los nutrientes participan en la cicatrización para poder optimizar ese tratamiento, siendo esencial un aporte extra de nutrientes para la reparación tisular y para restablecer las pérdidas ocasionadas por el exudado de la herida.

El aporte insuficiente de energía, proteínas y antioxidantes es frecuente en los pacientes con heridas crónicas y se ha relacionado con retrasos en la curación y dehiscencia de la herida.

Aún teniendo un buen estado nutricional antes de tener ninguna lesión, la presencia de una herida crónica puede repercutir en él debido al aumento del gasto metabólico de reparar el daño tisular y a las pérdidas de nutrientes por el exudado.

Por ello, es importante la realización de un cribado nutricional en cada paciente con herida crónica, ya que nos ayudará a determinar las necesidades metabólicas de cada uno para individualizar las dietas prescritas, utilizándolas así como tratamiento no farmacológico.

Objetivo:

- Actualizar los conocimientos sobre la relación entre la nutrición y la cicatrización de heridas.

- Identificar las necesidades dietéticas de pacientes con heridas crónicas.

Material y Método:

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Scielo, google académico, y en la página oficial de GNEAUPP. En las dos primeras se han utilizado filtros de año 2018 en adelante, en español y a texto completo. Las palabras clave utilizadas fueron “herida”, “úlcera” y “nutrición”, junto con el operador booleano “OR” entre herida y úlcera, y “AND” entre estas dos y nutrición. De los artículos que nos aparecieron pudimos seleccionar dos de Scilo y dos de Google académico, que encajaban con el tema que estamos tratando.

Además, en GNEAUPP encontramos el Documento Técnico GNEAUPP Nº XII Nutrición y heridas crónicas, publicado en 2011 y revisado por última vez en 2014.

Resultados:

La presencia de heridas extensas o heridas crónicas conllevan alteraciones metabólicas que impactan en el estado nutricional. La pérdida de peso involuntaria y la pérdida de masa magra interfiere en todas las fases de la cicatrización dificultándola. A su vez, los déficit calórico-nutricionales se han relacionado con una prolongación de la fase inflamatoria de la cicatrización, mayor tasa de infección, disminución de los fibroblastos y el colágeno de calidad, y una angiogénesis deficiente.

Por todo esto se debe hacer un cribado nutricional para detectar a los pacientes en riesgo de desnutrición e identificar sus necesidades para la terapia nutricinal. Esto se hará mediante el Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) a nivel comunitario y el Mini Nutricional Assessment (MNA) en la población anciana, tanto a nivel hospitalario como ambulatorio. En los últimos años también se ha validado en España el método CONUTO, basado en la medición de albúmina, prealbúmina (ambas afectadas por la inflamación, la función renal, y la hidratación), linfocitos y colesterol, para hacer un cribado que nos indica el grado de alerta nutricional basándose en resultados analíticos.

Una vez hecho el cribado podremos determinar las necesidades nutricionales de cada paciente según el riesgo de desnutrición. Aunque es cierto que, en menor o mayor medida, tanto en las guías de práctica clínica consultadas, como en los estudios revisados, se llega a la conclusión de que los pacientes con heridas crónicas requieren un aumento en la ingesta de nutrientes, recomendando normalmente un aporte calórico de 30-35 kcal/kg/día; un aporte hídrico de 1 ml/kcal/día mínimo; un consumo de proteínas de 1 a 2 g/kg/día (lo cual varía en función del estado nutricional del paciente, de sus patologías previas y de la categorización de la herida) para pasar de un balance nitrogenado de neutro a positivo; y un aporte de micronutrientes como la vitamina A, E, C, K, D, zinc o hierro que debe ser la igual a la cantidad mínima recomendada (RDA).

Conclusiones

Todas las fases de la cicatrización requieren energía, proteínas y micronutrientes, por ello un estado nutricional y metabólico correcto es determinante para una cicatrización normal, siendo así el tratamiento nutricional importante para ello, debiendo mantener el peso corporal, según el estado nutricional del paciente; generar un balance nitrogenado de neutro a positivo, cuidar la hidratación, aportar una cantidad suficiente de lípidos e hidratos de carbono, y aportar los micronutrientes según la RDA respectiva, todo mediante la alimentación.

Bibliografía

1 .- Martínez García Rosa María, Fuentes Chacón Rosa María, Lorenzo Mora Ana María, Ortega Rosa M. La nutrición en la prevención y curación de heridas crónicas. Importancia en la mejora del pie diabético. Nutr. Hosp. 2021; 38(spe2): 60-63. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112021000500014&lng=es.

2.- Miquet-Romero L, Barreto-Penié J, Rodríguez-Garcell R, Rodríguez-Sánchez O. Cicatrización y su relación con la nutrición; un enfoque necesario. Acta Médica.. 2022; 23 (3) Disponible en: https://revactamedica.sld.cu/index.php/act/article/view/332

3.- Kreindl Christine, Basfi-fer Karen, Rojas Pamela, Carrasco Gabriela. Tratamiento nutricional en úlceras por presión y úlceras venosas. Rev. chil. nutr. [Internet]. 2019 Abr; 46(2): 197-204. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182019000200197&lng=es . http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75182019000200197.

4.- Paniagua Asensio M, Hidalgo Doniga C, Merino Perera S, Dominguez Paniagua A. M. Monografía: Nutrición y heridas.. Álava: HeridasenRed; 2022.. Disponible en: https://www.heridasenred.com/monografia-nutricion-y-heridas

5.- Verdú Soriano J, Perdomo Perez E. Nutrición y heridas crónicas. Seria documentos técnicos GNEAUPP Nº XII. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño, 2011.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 137

Osteotomía sintetizada con clavo intramedular

Mora Hidalgo, María de los Reyes
Calatrava Muñoz, Rosa Mª
Mena Pedraza, Nuria
García Fernández, Carmen
García Fernández, Gema

Osteotomía sintetizada con clavo intramedular

Mora Hidalgo, M.R.; Calatrava Muñoz, R.M.; Mena Pedraza, N.; García Fernández, C. ; García Fernández, G;

Introducción

PALABRAS CLAVE: Deformidad de Pie Plano Adquirido del Adulto. Artrodesis. Fijadores Internos.

El pie plano es una afección común que muestra disminución del arco longitudinal bóveda plantar y desviación del talón en valgo que provoca un cambio en la forma del pie, en el cual este no tiene un arco normal al estar parado. Puede ser de origen congénito o adquirido y es normal en bebés y niños pequeños.

La mayoría de las personas tiene arcos normales cuando son adultas. Sin embargo, es posible que en algunas personas este arco nunca se forme. El envejecimiento, las lesiones o una enfermedad pueden causar daño a los tendones y provocar que se desarrolle pie plano en una persona a quien ya se le han formado los arcos. Se puede tener en un solo pie.

El pie plano rígido es secundario a alteraciones óseas como las anomalías del escafoides, el astrágalo vertical o las coaliciones tarsianas.

El tratamiento puede ser conservador (analgésicos-antiinflamatorios y ortesis de soporte plantar) y suele ser eficaz en la mitad de los pacientes y/o quirúrgico. La artrodesis es la técnica utilizada cuando fallan las otras medidas en los pacientes con cambios degenerativos o en las coaliciones múltiples

Objetivos: Sustituir la articulación del pie plano degenerativo con una artrodesis periastragalina con hueso donado, un clavo intramedular, tornillos y grapas, aliviando el dolor y la impotencia funcional, añadiendo calidad de vida al paciente


Foto 1

Observación Clínica

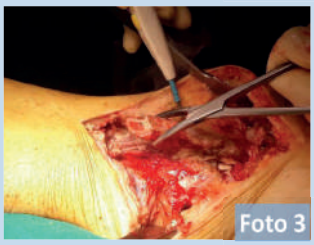
Se evalúa un caso clínico de un varón de 61 años, que presenta dolor e impotencia funcional de años de evolución en el pie izquierdo con diagnóstico pie plano degenerativo y artropatía de Charcot. (**Foto 1 y 2**)

Antecedentes personales: hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus tipo 2, espondiloartrosis cérvico-lumbar, poliartrosis, bursitis retrocalcánea y artropatía de charcot izquierdo. Sin alergias medicamentosas conocidas. Acude al hospital por dolor severo, diario y limitante de pie izquierdo con diagnostico principal de artrosis de tobillo y pie izquierdo, pie plano grado IV y necrosis avascular de astrágalo


Foto 2

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

1. Asegurar que el quirófano se encuentra en condiciones óptimas para realizar la intervención antes de la llegada del paciente.
2. Revisar respirador de anestesia y monitores, sistemas de aspiración, medicación necesaria para la intervención y una IOT independientemente de la anestesia a realizar ante posibles complicaciones quirúrgicas.
3. Identificar al paciente (Check List) asegurándonos de sus datos personales, conocimiento del procedimiento a realizar y lateralidad, si tuviera o no alergias medicamentosas, enfermedades importantes, ayuno completo, algún tipo de prótesis dentaria o diente movible y si porta algún objeto metálico en el cuerpo que tenga que ser retirado previamente a la intervención. (ante quirófano).
4. Colocar al paciente en decúbito supino, monitorizar y comprobar permeabilidad, estado y fijación de las vías, constantes vitales previa anestesia raquídea, colocar la placa del electro bisturí y preparar isquemia del miembro inferior izquierdo. Posteriormente se cambiará a decúbito lateral izquierdo para la intervención para el abordaje lateral.
5. Preparar el instrumental quirúrgico y fungible necesario para la intervención y comprobar que todo el material a implantar esté correcto y disponible (clavo intramedular tibial, tornillos de bloqueo, grapas de Richard y hueso donado del banco).
6. Circular e instrumentar al anestesista durante el acto anestésico (anestesia raquimedular) y al equipo de traumatología.
7. Rellenar la hoja de enfermería del acto quirúrgico y resto de facturación de material implantado.
8. Una vez finalizada la intervención, limpiar la incisión con suero fisiológico y antiséptico y se procede a colocar una férula de yeso, ocluyéndolo con vendaje pertinente.


Foto 3

NANDA	NOC	NIC
00085 Deterioro de la movilidad física **00132** Dolor agudo **00046** Deterioro de la integridad cutánea **00126** Conocimientos deficientes **00182** Disposición para mejorar el autocuidado **00004** Riesgo de infección **00153** Riesgo de baja autoestima situacional	**0208** Nivel de movilidad **1605** Control del dolor **1102** Curación de la herida: 1º intención **1101** Integridad tisular **1823** Conocimiento: fomento de la salud **1803** Conocimiento: proceso de la enfermedad **1807** Conocimiento: control de la infección **1205** Autoestima	**0762** Cuidados del paciente escayolado **3590** Vigilancia de la piel **1400** Manejo del dolor **2380** Manejo de la medicación **3660** Cuidados de las heridas **5612** Enseñanza actividad ejercicio prescrito **5820** Disminución de la ansiedad **6540** Control de infecciones



Foto 4

Resultados

La intervención se realizó mediante abordaje lateral: osteotomía de peroné **(Foto 3)**, cruentación de carillas articulares mediante escoplos y fresado alta velocidad hasta el tejido esponjoso, fijación con clavo intramedular tibial de 12 mm x180 mm, bloqueo dinámico previo fresado progresivo y según técnica del clavo. **(Foto 4)**.

Hallazgos: pie plano degenerativo, fusión de peroné a tibia, múltiples fragmentos óseos libres en relación a fracturas de peroné, luxación de astrágalo completamente escleroso, depósitos cálcicos periarticulares que recuerdan a cristales de urato monosódico, calcáneo y astrágalo completamente esclerosos y desvitalizados y parcialmente necróticos.


Foto 5

Conclusiones y/o discusión

La indicación del clavo intramedular tiabial es facilitar la artrodesis tibioastragalocalcánea **(Foto 5)** y tratar la deformidad grave del pie y tobillo, inestabilidad y defectos esqueléticos después de la extirpación de tumores entre otros la neurosteoartropatía o pie de Charcot **(Foto 6)**, la necrosis avascular del astrágalo, artritis y artrosis; fallo del reemplazo articular o fallo de la fusión del tobillo; ausencia de unión de la fractura tibial distal y artritis reumatoide y pseudoartrosis.

Esta intervención ha permitido que nuestro paciente tuviese una rehabilitación controlada y activa con una recuperación óptima, proporcionándole una mejora exponencial de la movilidad física, reducción y control del dolor agudo y aumento de su autoestima, en resumen, un aumento de su calidad de vida.


Foto 6

BIBLIOGRAFÍA:

https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-reumatologia-29-articulo-alteraciones-boveda-plantar-13055069
https://www.jnjmedtech.com/en-US/companies/depuy-synthes
https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001262.htm

Resumen: Los resúmenes tendrán un contenido máximo de 100 palabras (sin incluir bibliografía) y deberá aportar suficiente información sobre el contenido del trabajo presentado, de modo que sea posible valorar la relevancia del trabajo presentado.

El pie plano es una afección que disminuye el arco longitudinal de la bóveda plantar y desvía el talón en valgo cambiando la forma del pie. Puede ser congénito o adquirido

El envejecimiento, lesiones o una enfermedad pueden dañar los tendones y provocar el desarrollo. Se puede tener en un solo pie.

Es secundario a alteraciones óseas (anomalías del escafoides, el astrágalo vertical o las coaliciones tarsianas)

El tratamiento puede ser conservador (analgésicos-antiinflamatorios y ortesis de soporte planta) y/o quirúrgico. La artrodesis es la técnica utilizada cuando fallan otras medidas en pacientes con cambios degenerativos.

Palabras Clave: Deformidad de Pie Plano Adquirido del Adulto, Artrodesis, Fijadores Internos

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El pie plano es una afección común que muestra disminución del arco longitudinal bóveda plantar y desviación del talón en valgo que provoca un cambio en la forma del pie, en el cual este no tiene un arco normal al estar parado. Puede ser de origen congénito o adquirido y es normal en bebés y niños pequeños.

La mayoría de las personas tiene arcos normales cuando son adultas. Sin embargo, es posible que en algunas personas este arco nunca se forme. El envejecimiento, las lesiones o una enfermedad pueden causar daño a los tendones y provocar que se desarrolle pie plano en una persona a quien ya se le han formado los arcos. Se puede tener en un solo pie.

El pie plano rígido es secundario a alteraciones óseas como las anomalías del escafoides, el astrágalo vertical o las coaliciones tarsianas.

El tratamiento puede ser conservador (analgésicos-antiinflamatorios y ortesis de soporte plantar) y suele ser eficaz en la mitad de los pacientes y/o quirúrgico. La artrodesis es la técnica utilizada cuando fallan las otras medidas en los pacientes con cambios degenerativos o en las coaliciones múltiples

Objetivos:

Sustituir la articulación del pie plano degenerativo con una artrodesis periastragalina con hueso donado, un clavo intramedular, tornillos y grapas, aliviando el dolor y la impotencia funcional, añadiendo calidad de vida al paciente

Observación clínica:

Se evalúa un caso clínico de un varón de 61 años, que presenta dolor e impotencia funcional de años de evolución en el pie izquierdo con diagnóstico pie plano degenerativo y artropatía de Charcot.

Antecedentes personales: hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus tipo 2, espondiloartrosis cérvico-lumbar, poliartrosis, bursitis retrocalcánea y artropatía de charcot izquierdo. Sin alergias medicamentosas conocidas. Acude al hospital por dolor severo, diario y limitante de pie izquierdo con diagnostico principal de artrosis de tobillo y pie izquierdo, pie plano grado IV y necrosis avascular de astrágalo.

Plan de cuidados enfermero:

1. Asegurar que el quirófano se encuentra en condiciones óptimas para realizar la intervención antes de la llegada del paciente.

2. Revisar respirador de anestesia y monitores, sistemas de aspiración, medicación necesaria para la intervención y una IOT independientemente de la anestesia a realizar ante posibles complicaciones quirúrgicas.

3. Identificar al paciente (Check List) asegurándonos de sus datos personales, conocimiento del procedimiento a realizar y lateralidad, si tuviera o no alergias medicamentosas, enfermedades importantes, ayuno completo, algún tipo de prótesis dentaria o diente movible y si porta algún objeto metálico en el cuerpo que tenga que ser retirado previamente a la intervención. (ante quirófano).

4. Colocar al paciente en decúbito supino, monitorizar y comprobar permeabilidad, estado y fijación de las vías, constantes vitales previa anestesia raquídea, colocar la placa del electro bisturí y preparar isquemia del miembro inferior izquierdo. Posteriormente se cambiará a decúbito lateral izquierdo para la intervención para el abordaje lateral.

5. Preparar el instrumental quirúrgico y fungible necesario para la intervención y comprobar que todo el material a implantar esté correcto y disponible (clavo intramedular tibial, tornillos de bloqueo, grapas de Richard y hueso donado del banco).

6. Circular e instrumentar al anestesista durante el acto anestésico (anestesia raquimedular) y al equipo de traumatología.

7. Rellenar la hoja de enfermería del acto quirúrgico y resto de facturación de material implantado.

8. Una vez finalizada la intervención, limpiar la incisión con suero fisiológico y antiséptico y se procede a colocar una férula de yeso, ocluyéndolo con vendaje pertinente.

La intervención se realizó mediante abordaje lateral: osteotomía de peroné, cruentación de carillas articulares mediante escoplos y fresado alta velocidad hasta el tejido esponjoso, fijación con clavo intramedular tibial de 12 mm x180 mm, bloqueo dinámico previo fresado progresivo y según técnica del clavo.

Hallazgos: pie plano degenerativo, fusión de peroné a tibia, múltiples fragmentos óseos libres en relación a fracturas de peroné, luxación de astrágalo completamente escleroso, depósitos cálcicos periarticulares que recuerdan a cristales de urato monosódico, calcáneo y astrágalo completamente esclerosos y desvitalizados y parcialmente necróticos.

Discusión y conclusiones:

La indicación del clavo intramedular tibial es facilitar la artrodesis tibioastragalocalcánea y tratar la deformidad grave del pie y tobillo, inestabilidad y defectos esqueléticos después de la extirpación de tumores entre otros la neurosteoartropatía o pie de Charcot, la necrosis avascular del astrágalo, artritis y artrosis; fallo del reemplazo articular o fallo de la fusión del tobillo; ausencia de unión de la fractura tibial distal y artritis reumatoide y pseudoartrosis.

Esta intervención ha permitido que nuestro paciente tuviese una rehabilitación controlada y activa con una recuperación óptima, proporcionándole una mejora exponencial de la movilidad física, reducción y control del dolor agudo y aumento de su autoestima, en resumen, un aumento de su calidad de vida.

Bibliografía

1.-Larrosa Padró M, Mas Moliné S. Alteraciones de la bóveda plantar. Rev Esp Reumatol [Internet]. 2003;30(9):489–98. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-reumatologia-29-articulo-alteraciones-boveda-plantar-13055069

2.-Jnjmedtech.com s/f. https://www.jnjmedtech.com/en-US/companies/depuy-synthes

3.-Pie plano. Medlineplus.gov s/f. https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001262.htm

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 138

Ozonoterapia como tratamiento en heridas crónicas

González Segura, Ana
Ruiz Sanchez de León, Inmaculada del Carmen
Arroyo Martínez, Esther
Ruiz Sanchez de León, Fermin
Alcaraz García, Beatriz

OZONOTERAPIA COMO TRATAMIENTO EN HERIDAS CRÓNICAS

Ana González Segura; Inmaculada del Carmen Ruiz Sánchez de León; Esther Arroyo Martínez; Fermín Ruiz Sánchez de León; Beatriz Alcaraz García.

INTRODUCCIÓN

La ozonoterapia se ha utilizado en diferentes tratamientos médicos debido a sus propiedades antibacterianas, antivirales y antifúngicas, incluyendo su uso en el tratamiento de heridas crónicas.

El ozono se puede aplicar directamente en la zona afectada o mediante inyección subcutánea alrededor de la herida para mejorar la circulación sanguínea y reducir la inflamación en la zona afectada.



OBJETIVOS

El objetivo de esta revisión bibliográfica es evaluar la eficacia del uso de ozonoterapia en el tratamiento de heridas crónicas y determinar si puede ser considerado como una alternativa a los tratamientos convencionales.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una búsqueda de diferentes estudios a través de PUBMED; Scielo; CUIDEN; Elsevier; COCHRANE y AEPROMO.



RESULTADOS

La aplicación de ozono en heridas ha demostrado ser una técnica complementaria, que no alternativa, que puede mejorar significativamente la curación de las heridas al acelerar su proceso de cicatrización y reducir el riesgo de infección. Si bien los efectos secundarios son escasos o nulos, estos se deben a la mala técnica empleada por el personal que lo administra.

Por otro lado, se ha observado que la administración de ozono como técnica coadyuvante en pacientes hospitalizados puede mejorar los resultados del tratamiento, lo que se traduce en una reducción significativa del tiempo de estancia en el hospital

CONCLUSIONES

Aunque hay estudios que indican que el ozono tiene el potencial de mejorar el metabolismo celular y reducir la infección, así como acelerar la cicatrización de las heridas, la evidencia disponible es insuficiente y no concluyente. Además en los estudios no se tienen en cuenta otros factores como la individualización de cada caso clínico. Por lo tanto, se requiere de más investigaciones para establecer de manera precisa y concluyente los resultados que pueden ser obtenidos con la ozonoterapia en el tratamiento de heridas.

SATSE

Resumen: La ozonoterapia, debido a sus cualidades antifúngicas, antivíricas y antibacterianas, ha sido utilizada en muchos tratamientos médicos, demostrando ser una técnica complementaria, en el tratamiento de heridas crónicas, acelerando la cicatrización y reduciendo el riesgo de infección. Sin embargo, la evidencia disponible es insuficiente y no concluyente. La administración de ozono como coadyuvante en pacientes hospitalizados puede disminuir el tiempo de estancia en el hospital. Se requieren más investigaciones para establecer de manera precisa y concluyente los resultados de la ozonoterapia en el tratamiento de heridas, considerando la individualización de cada caso clínico.

Palabras Clave: Ozone, Presurre Ulcer, Diabetic Angiopathies

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Las úlceras crónicas son lesiones en la piel que no cicatrizan adecuadamente y persisten durante un largo período de tiempo, generalmente más de cuatro semanas. Estas úlceras son causadas por una variedad de factores, como la mala circulación sanguínea, la presión constante en áreas específicas del cuerpo, la inflamación crónica o enfermedades subyacentes como la diabetes. Algunos ejemplos comunes de úlceras crónicas son las úlceras por presión (llagas de decúbito), las úlceras venosas (producidas por problemas en las venas) y las úlceras diabéticas (causadas por la diabetes y la mala circulación). El tratamiento de las úlceras crónicas suele ser complejo y requiere enfoques multidisciplinarios para promover la cicatrización y prevenir complicaciones.

Objetivos:

El objetivo principal es realizar una revisión de la literatura en busca de investigaciones publicadas sobre el uso de la ozonoterapia como tratamiento de úlceras crónicas con el objetivo de analizar en sus resultados la efectividad de esta técnica y los posibles efectos secundarios que pueden derivar de su aplicación. En función de los resultados encontrados se planteará si la ozonoterapia es un recurso lo suficientemente efectivo como para ser una técnica alternativa al tratamiento habitual o si debe ser utilizada como terapia complementaria.

Material y Método:

Se han realizado búsquedas en diferentes bases de datos y revistas científicas utilizando las palabras clave especificadas con anterioridad.

Resultados:

Tras la búsqueda y revisión de los artículos encontrados, la ozonoterapia produce la mejora de las úlceras, disminuyendo el grado de infección y acelerando el proceso de cicatrización, siendo sus efectos secundarios prácticamente nulos siendo los más relevantes los causados por una mala aplicación de la técnica por parte del personal sanitario.

Conclusiones:

La ozonoterapia es un recurso efectivo para el tratamiento de úlceras crónicas siempre y cuando éste sea utilizado como terapia complementaria y no como terapia alternativa. Este mismo estudio podría retomarse con posterioridad ampliando el número de casos analizados, clasificando además a los pacientes del estudio por patología u otras características como el sexo o la edad, variantes que pueden influir en la interpretación de los resultados.

Bibliografía

1.-L Bladinieres-Camara JE, et al. Pie diabético neuroisquémico tratado con ozonoterapia. Consecuencias del manejo y tratamiento. Cir Gen. 2015.

2.- Kindelan Mesa L, Jay Cordies B, Miranda Benítez M. Buenas prácticas clínicas de enfermería en la aplicación de ozonoterapia en pacientes con afecciones crónicas. 2016;

3.- Padilla Gómez E, Sueiro Sánchez I, Quintero Chis I, Domínguez Rojas C, Hernández Millán A, Ercia Sueiro L. Usos terapéuticos del ozono en los servicios de salud. Rev Cubana de Medicina Natural y Tradicional. 2016;(vol 1, num 1)

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 139

Papel de la Enfermera en la Prevención de Enfermedades de Trasmisión Sexual en Adolescentes y Jóvenes Adultos

López Jiménez, Marcos
Alañón Barba, Marina
Alañón Barba, María del Pilar

XIV Congreso de Investigación SATSE Ciudad Real

PAPEL DE LA ENFERMERA EN LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DE TRASMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES Y JÓVENES ADULTOS

Autores: *López Jiménez, Marcos; Alañón Barba, Marina; Alañón Barba, Mª del Pilar*

INTRODUCCIÓN



Las enfermedades de transmisión sexual o ETS constituyen un elevado número de infecciones de diferentes signos y síntomas, se caracterizan por una transmisión sexual (fluidos orgánicos o la sangre), ejm, la sífilis, gonorrea, herpes simple, clamidia…

Presentes desde la antigüedad, hoy en día, hay más de 30 tipos de estos patógenos que las causan (virus, bacterias, parásitos y protozoos)

En algunas ocasiones puede tener cura, pero **en su mayoría son incurables**

Con numerosos factores de riesgos, las ETS constituyen un grave problema para la salud pública con miles de nuevos contagios anuales

Los adolescentes son uno de los grupos más vulnerables

OBJETIVO

Conocer el papel de la enfermería en la prevención de las enfermedades de transmisión sexual durante la adolescencia

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica. Análisis bibliográfico en los buscadores de información, tales como: PubMed y Google Académico.

Art. utilizados: 3 art. desde 2018

RESULTADOS

Una de las funciones más importantes de la enfermería es la **PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD**, aquí entra en juego las medidas que emplea la enfermera para evitar, por ejemplo, la propagación de las **ETS**, parte significativa de la cartera de servicios de enfermería.

La enfermera debe aportar los conocimientos para que la población desarrolle conductas sociales adecuadas y para ello la educación sexual debe ser un punto a impartir desde los centros educativos

La educación sexual que se debe impartir debe incluir métodos de prevención y se deben explicar los signos y síntomas para el diagnóstico temprano y romper la cadena de posibles contagios.

En España, todas las **ETS son enfermedades de declaración obligatoria** incluso si solo se tiene sospecha de padecer alguna.

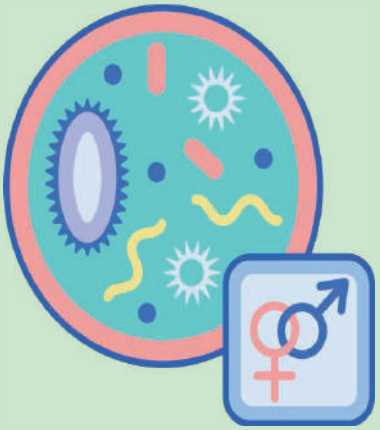
La enfermera debe estar en constante actualización de sus conocimientos para ofrecer a sus pacientes los mejores protocoles de prevención y los tratamientos más novedosos.

CONCLUSIONES

Los adolescentes centran la búsqueda de información sobre su salud a través de internet y redes sociales, creyendo que ésta es fiable (**NO TODA LA INFORMACIÓN QUE SE ENCUENTRA EN LA RED ES VERÍDICA**).

Por esta razón el papel de la enfermera tanto en centros de atención primaria, escuelas e institutos es tan importante, el **rol de la enfermera** puede resolver las dudas de los jóvenes para evitar el contagio y la transmisión de enfermedades de transmisión sexual.

Se espera mayor **investigación** sobre las numerosas ETS para conseguir su prevención y mejorar la calidad de vida de los pacientes contagiados.



BIBLIOGRAFÍA

1. Blázquez M, Gómez D, Frontaura I, et al. Uso De Internet Por Los Adolescentes En La Búsqueda De Información Sanitaria. 2018; 50(2):547-552. Disponible en: https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0212656716306047?token=21E464EBA1C1231D5996870FA75A00A21CE9A14DD42C6F0F8ED603E885054142C797F61BD838DE5C4297F3B8E596FC22&originRegion=eu-west-1&originCreation=20230416165231

2. García A, Gormaz RP, Marro D, et al. Actuación Enfermera En La Prevención De Enfermedades De Transmisión Sexual. Una Revisión Bibliográfica. 2022. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/actuacion-enfermera-en-la-prevencion-de-enfermedades-de-transmision-sexual-una-revision-bibliografica/

3. Cifuentes CF, Gaeta GA, Sepúlveda CM, et al.Factores de Riesgo para Infecciones de Trasmisión Sexual en Adolescentes de un Colegio de Educación Secundaria. 2021; 21(1). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1727-558X2021000100002&script=sci_arttext

Resumen: Cada vez es mayor la incidencia de enfermedades de trasmisión sexual entre los jóvenes menores 30 años, esto supone un alarmante problema para las autoridades sanitarias. Por ello, cada vez se debe dar más importancia a la prevención de este tipo de infecciones y es donde entra en juego el papel que desempeña la enfermera en la educación sanitaria y sexual de jóvenes y adolescentes, cuyo trabajo debe estar en constante actualización para ofrecer la mejor de las atenciones, ya sea en los centros sanitarios o en sus centros educativos, para evitar que los jóvenes puedan buscar información errónea que ponga en riesgo su salud.

Palabras Clave: Enfermería, Adolescente, Enfermedades de transmisión sexual

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Las enfermedades de transmisión sexual o ETS constituyen un elevado número de infecciones de diferentes signos y síntomas que se caracterizan por una transmisión sexual desde la persona contagiada a otra sana, ya sea a través de fluidos orgánicos o la sangre, siendo las más comunes la sífilis, gonorrea, herpes simple o clamidia entre otras. Estas infecciones han estado presentes desde la antigüedad.

Hoy en día se conocen más de 30 tipos de estos patógenos que causan estas enfermedades, entre los que se encuentran virus, bacterias, parásitos y protozoos. En algunas ocasiones puede tener cura, pero en su mayoría son incurables siendo tratadas de por vida únicamente aliviando sus síntomas, como es el caso de hepatitis B, VIH, papiloma humano…

Con numerosos factores de riesgos, las ETS constituyen un grave problema para la salud pública con miles de nuevos contagios anuales. Los adolescentes son uno de los grupos más vulnerables, su falta de experiencia y educación sexual les lleva a prácticas sexuales indebidas.

Objetivos:

Conocer el papel de la enfermería en la prevención de las enfermedades de transmisión sexual durante la adolescencia.

Material y Método:

Para llevar a cabo con éxito este objetivo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica a través de una búsqueda exhaustiva sobre el tema elegido, utilizando para ello una serie de palabras clave: ``enfermería´´, ``adolescente´´ y ``enfermedades de transmisión sexual´´; siendo utilizadas como método de búsqueda narrativa en diferentes bases de datos en internet, los cuales son Google Académico y PUDMED.

Como resultado se encuentran 10 artículos, a los cuales se les aplicó una serie de criterios de exclusión con el fin de seleccionar solo los más actualizados. Como resultado han utilizado 3 artículos que cumplían dichos criterios publicados desde 2018

Resultados:

Una de las funciones más importantes de la enfermería es la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud, aquí entra en juego las medidas que emplea la enfermera para evitar, por ejemplo, la propagación de las enfermedades de transmisión sexual, también conocidas con las siglas ETS. Estas infecciones constituyen una parte significativa de la cartera de servicios de enfermería.

La enfermera debe aportar los conocimientos necesarios para que la población desarrolle conductas sociales adecuadas y para ello la educación sexual debe ser un punto a impartir desde los centros educativos, puesto que entre los grupos de riesgo de estas infecciones se encuentran los adolescentes y jóvenes adultos, los cuales tienen una visión de la salud completamente diferente a la de los adultos.

La educación sexual que se debe impartir debe incluir no solo los métodos de prevención como el preservativo, sino que también se deben explicar los principales signos y síntomas para el diagnóstico temprano de una de estas enfermedades principalmente para romper la cadena de posibles nuevos contagios. En España, todas las ETS son enfermedades de declaración obligatoria y debe de informarse de su infección o incluso si se tiene sospecha de padecer alguna.

La enfermera debe estar en constante actualización de sus conocimientos sobre este tipo de infecciones para ofrecer a sus pacientes los mejores protocoles de prevención y los tratamientos más novedosos.

Conclusiones:

Los adolescentes centran la búsqueda de información sobre su salud a través de internet y redes sociales. Ellos creen que esta información es fiable y no dudan en ponerla en práctica siendo esto una práctica totalmente desaconsejable pues no toda la información que se encuentra en la red es verídica. Es por esta razón que el papel de la enfermera tanto en centros de atención primaria, escuelas e institutos es tan importante, el rol de la enfermera puede resolver las dudas de los jóvenes para evitar el contagio y la transmisión de enfermedades de transmisión sexual.

Así mismo, se espera mayor investigación sobre las numerosas ETS para conseguir su prevención y mejorar la calidad de vida de los pacientes contagiados

Bibliografía

1.. Blázquez M, Gómez D, Frontaura I, et al. Uso De Internet Por Los Adolescentes En La Búsqueda De Información Sanitaria. 2018; 50(2):547-552. Disponible en: https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0212656716306047?token=21E464EBA1C1231D5996870FA75A00A21CE9A14DD42C6F0F8ED603E885054142C797F61BD838DE5C4297F3B8E596FC22&originRegion=eu-west-1&originCreation=20230416165231

2. García A, Gormaz RP, Marro D, et al. Actuación Enfermera En La Prevención De Enfermedades De Transmisión Sexual. Una Revisión Bibliográfica. 2022. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/actuacion-enfermera-en-la-prevencion-de-enfermedades-de-transmision-sexual-una-revision-bibliografica/

3. Cifuentes CF, Gaeta GA, Sepúlveda CM, et al. Factores de Riesgo para Infecciones de Trasmisión Sexual en Adolescentes de un Colegio de Educación Secundaria. 2021; 21(1). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1727-558X2021000100002&script=sci_arttext

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 140

Papel de la Enfermera en Quirófano

Alañón Barba, Marina
Alañón Barba, María del Pilar
López Jiménez, Marcos

XIV CONGRESO DE INVESTIGACIÓN SATSE

ALAÑÓN BARBA, MARINA
ALAÑÓN BARBA, Mª del PILAR
LÓPEZ JIMENEZ, MARCOS

PAPEL DE LA ENFERMERA EN QUIRÓFANO

INTRODUCCIÓN

El bloque quirúrgico es un espacio donde las cirugías que se llevan a cabo se rigen por protocolos a seguir para el buen funcionamiento del área y evitar errores. Estos deben ser conocidos por todo el personal del quirófano (Anestesista, Cirujanos, TCAE y Enfermería)
En cada quirófano encontramos: enfermera circulante y enfermera instrumentista

La humanización del paciente en quirófano puede evitar el estrés y la ansiedad que provoca una cirugía
La enfermera de quirófano asume un trabajo que supone una gran responsabilidad y les provoca angustia, agobio y tensión

OBJETIVOS

- ✓ Destacar las principales funciones y responsabilidades del personal de enfermería dentro del quirófano.
- ✓ Destacar la importancia de la humanización del paciente por parte del personal quirúrgico.
- ✓ Conocer los riesgos laborales más comunes del trabajo de una enfermera en quirófano.

MATERIAL Y MÉTODOS

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA
PALABRAS CLAVE: ``enfermera´´, ``quirófano´´ y ``estrés´´
Bases de datos: SCIELO, Google Académico y PUDMED
ART UTILIZADOS: 5 ART desde el año 2013 hasta la actualidad



RESULTADOS

En cada cirugía la enfermería se divide en la enfermera instrumentista (ayudante del cirujano durante la intervención y encargada de la asepsia), la enfermera circulante (nexo de unión entre la parte estéril y la parte no-estéril, controlando la situación en todo momento) y enfermera anestesista (apoyo al anestesista durante la intubación y extubación)
Es importante escuchar y dejar hablar al paciente cuando entra en quirófano y dejar que verbalice sus emociones, empatizar con estas y tranquilizarle para reducir su ansiedad

El enfermero encargado de la seguridad del paciente desde su entrada al quirófano

El **estrés** que provoca este ambiente laboral se refleja también en la **calidad de vida** de la enfermera
La enfermera esta en constante exposición a agentes biológicos contagiosos (más común por vía percutánea y con objetos corto-punzantes como bisturí o aguja hueca) que provoca mayor inseguridad
Se reportan **4,9** accidentes por cada **100** enfermeras por año.

CONCLUSIÓN

La responsabilidad directa del paciente recae sobre la enfermera
La humanización en quirófano no siempre es individualizado, practica que se debe intentar solventar
Someterse a una cirugía provoca ``temor, ansiedad, estrés y desconfianza´´
Las funciones de una enfermera en quirófano son de mucha responsabilidad lo que le provoca estrés constate, a pesar de ello la enfermera se siente realizada, puesto que para ella prima el **buen ambiente laboral.**

BIBLIOGRAFÍA

1. Carrillo-García C, Martínez-Roche ME, García-Maiquez C, et al. Satisfacción Laboral Del Personal De Enfermeríadel Quirófano Del Hospital Universitario José María Morales Meseguer. Murcia, España. 2016;8(2):9-15 Disponible en: https://journalusco.edu.co/index.php/rfs/article/view/1542/2642
2. **Sanz O, Miguel C. Accidentes Biológicos De Enfermería En Quirófano Con Material Inciso-Punzante. 2015; 128. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5606409**
3. **Fadrique M. Enfermería En Quirófano. 2015. Disponible en: https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/12058/TFG-H324.pdf?sequence=1&isAllowed=y**
4. **Hernández I. Calidad De Vida Profesional Del Personal De Enfermería De Quirófano Y Atención Primaria De Teruel. 2016. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6121287**
5. Nohora I. La Enfermera Y La Visión De Seguridad Del Paciente En El Quirófano En Aspectos Relacionados Con La Asepsia Y La Técnica Estéril. 2013: 159-169. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v31n1/v31n1a15.pdf

Resumen: Dentro de los muchos integrantes del equipo de profesionales que componen un quirófano, las enfermeras son uno de los pilares fundamentales dadas sus diversas funciones entre las que destacamos su trabajo como enfermera circulante, enfermera instrumentista o enfermera ayudante de anestesia entre otras.

Por ello, este trabajo supone gran responsabilidad generando en la enfermera estrés que puede verse reflejado no solo en su ámbito laboral sino también puede influir en su vida personal.

Palabras Clave: Enfermera, Quirófano, Estrés

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El bloque quirúrgico es un espacio donde las cirugías que se llevan a cabo se rigen por unos protocolos que se deben seguir correctamente para el buen funcionamiento del área y evitar errores puesto que se juega diariamente con la vida de los pacientes y no se puede permitir errar. Por lo tanto, esta área también se rige bajo un reglamento de asepsia, limpieza y esterilidad para evitar infecciones y asegurar la efectividad de cada cirugía.

Asimismo, estas normal y protocolos deben ser conocidos por todo el personal del quirófano, el cual está compuesto por anestesista, cirujanos, auxiliar de enfermería y el equipo de enfermería, compuesto a su vez por dos enfermeros, el circulante y el instrumentista, desempeñando cada uno las diferentes funciones que asumen, como la de tratar de incluir la humanización dentro de su trabajo intentando evitar diariamente el estrés y la ansiedad que provoca una cirugía en el paciente.

Objetivos:

- Destacar las principales funciones y responsabilidades que posee el personal de enfermería dentro del quirófano.

- Destacar la importancia de la humanización del paciente por parte del personal quirúrgico.

- Conocer los riesgos laborales más comunes del trabajo de una enfermera en quirófano.

Material y Método:

Para llevar a cabo con éxito estos objetivos se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica a través de una búsqueda exhaustiva sobre el tema elegido, utilizando para ello una serie de palabras clave: ``enfermera´´, ``quirófano´´ y ``estrés´´; siendo utilizadas como método de búsqueda narrativa en diferentes bases de datos en internet, tales como SCIELO, Google Académico y PUDMED.

Como resultado se encontraron un total de 18 artículos, a los cuales se les aplicó una serie de criterios de exclusión con el fin de seleccionar solo los más actualizados. Como resultado se utilizó 5 artículos que cumplían con los criterios de los autores, publicados durante los últimos 10 años.

Resultados:

En cada cirugía la enfermería se divide en la enfermera instrumentista, la cual es la ayudante del cirujano durante la intervención y encargada de la asepsia del procedimiento en todo momento y la enfermera circulante, la cual es el nexo de unión entre la parte estéril y la parte no-estéril, controlando la situación en todo momento desde fuera ante cualquier imprevisto. Otro rol de la enfermera puede asumir es el de ayudante de anestesia, donde sirve de apoyo al anestesista en la intubación y extubación para facilitar la eficacia de un proceso de anestesia seguro y rápido pues es el momento más crítico dentro del quirófano.

La humanización en el quirófano debe comenzar a la entrada del paciente. Es importante escuchar y dejar hablar al paciente cuando entra en quirófano y dejar que verbalice sus emociones. Empatizar con estas, tranquilizarle, y explicarle cada paso conseguirá reducir la ansiedad del paciente

El ambiente laboral del área quirúrgico es cada vez más estresante, situación que se ve reflejada en la calidad de vida de la enfermera de quirófano, esto puede llegar a la insatisfacción con su trabajo y malestar también fuera del entorno laboral. La exposición a numerosos riesgos laborales como cortes o pinchazos también provoca más inseguridad entre el personal sanitario que les conlleva una presión constante, teniendo en cuanta que los accidentes de trabajo por exposición a agentes biológicos son los más frecuentes entre el personal sanitario, siendo la enfermera de quirófano la que más episodios de este tipo reporta, por vía percutánea y con objetos corto-punzantes como bisturí o aguja de sutura, que conlleva la posible infección de enfermedades como VIH, hepatitis B y C… Se reportan 4,9 accidentes por cada 100 enfermeras por año.

Conclusiones:

La responsabilidad directa del paciente recae sobre la enfermera. Al contrario de lo que cree la mayoría de personas, la atención dentro del bloque quirúrgico comienza mucho antes de la incisión de la operación y termina mucho después de suturar al paciente.

La humanización en este ambiente no siempre es el más adecuado e individualizado puesto que la sensibilidad o el trato con el paciente se encuentra reducido por los protocolos a seguir tanto por el equipo de enfermería, anestesia o cirujanos. Es por eso que el hecho de someterse a una cirugía provoca en el paciente temor, ansiedad, estrés y desconfianza.

Las funciones de una enfermera en quirófano son muchas, lo que le provoca una presión y estrés constate por querer llevarlas todas a cabo correctamente. A pesar de que son muchos los inconvenientes de trabajar aquí, el personal de enfermería considera tener una satisfacción laboral media y sentirse realizado para ellos lo más importe es que haya un buen ambiente laboral entre personal del área.

Bibliografía

1.- Carrillo-García C, Martínez-Roche ME, García-Maiquez C, et al. Satisfacción Laboral Del Personal De Enfermeríadel Quirófano Del Hospital Universitario José María Morales Meseguer. Murcia, España. 2016;8(2):9-15 Disponible en: https://journalusco.edu.co/index.php/rfs/article/view/1542/2642

2. Sanz O, Miguel C. Accidentes Biológicos De Enfermería En Quirófano Con Material Inciso-Punzante. 2015; 128. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5606409

3.- Fadrique M. Enfermería En Quirófano. 2015. Disponible en: https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/12058/TFG-H324.pdf?sequence=1&isAllowed=y

4.- Hernández I. Calidad De Vida Profesional Del Personal De Enfermería De Quirófano Y Atención Primaria De Teruel. 2016. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6121287

5.- Nohora I. La Enfermera Y La Visión De Seguridad Del Paciente En El Quirófano En Aspectos Relacionados Con La Asepsia Y La Técnica Estéril. 2013: 159-169. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v31n1/v31n1a15.pdf

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 141

Papel de la Enfermería Pediátrica en el Síndrome de Guillain – Barré. A propósito de un caso.

Heras Rubio, Luis Miguel
Martín Mañas, Emma
Carretero Elvira, Laura
García León, Belén
Carrillo Palomo, Concepción
Camacho Sánchez, Beatriz

PAPEL DE LA ENFERMERA PEDIÁTRICA EN EL SÍNDROME DE GUILLÁIN- BARRÉ. A PROPÓSITO DE UN CASO

LUIS MIGUEL HERAS RUBIO , EMMA MARTÍN MAÑAS, LAURA CARRETERO ELVIRA, BELÉN GARCÍA LEÓN, BEATRIZ CAMACHO SÁNCHEZ, CONCEPCIÓN CARRILLO PALOMO

INTRODUCCIÓN

El **síndrome de Guillain-Barré** (SGB) consiste en una neuritis autoinmune inflamatoria aguda de inicio brusco. El SGB se caracteriza por una debilidad simétrica que progresa de manera rápida y que se acompaña de hipo o arreflexia.

En **Pediatría** la causa más frecuente es la afectación de los nervios sensitivos y autónomos ocasionando **dolor en miembros inferiores y parestesias**.

La severidad del cuadro clínico va a ser importante en cuanto a la evolución:

- El 40% de los niños afectados pierde la marcha durante la fase aguda
- El 15% necesita soporte ventilatorio.



OBJETIVOS

- Conocer la fisiopatología y manifestaciones clínicas del SGB.
- Establecer los cuidados y el papel de la enfermera pediátrica en el manejo del niño diagnosticado con SGB.
- Describir los principales diagnósticos de Enfermería, objetivos e intervenciones en el niño diagnosticado con SGB.

METODOLOGÍA



BUSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Palabras clave:

- *Guillain-Barré Syndrome.*
- *Pediatric Nurse.*
- *Nursing care.*

Operadores Booleanos:

- AND
- OR

Bases de datos

PubMed → 2 ARTÍCULOS

Google Scholar → 816 ARTÍCULOS

Desde 2022 y relevantes → 4 ARTÍCULOS

CASO CLÍNICO

- Base de datos: NNNConsult
- Patrones funcionales de Marjory Gordon

RESULTADOS



Proceso de Atención Enfermera

	Patrón alterado	Diagnóstico NANDA	Objetivos NOC	Intervenciones NIC
Debilidad, dolor en Miembros Inferiores	Patrón 6. Cognitivo-conducutal	Dolor agudo	Nivel del dolor	Administración de analgésicos y Aplicación de calor o frío.
Dolor nocturno, insomnio y falta de descanso	Patrón 5. Sueño - descanso	Trastorno patrón del sueño	Nivel del dolor	Administración de analgésicos y medidas higiénico - dietéticas para mejorar el sueño
Alteración de la marcha	Patrón 4. Actividad Ejercicio	Deterioro de la movilidad física	Movilidad	Terapia de ejercicios: ambulación y movilidad articular. Ayuda con el autocuidado

CONCLUSIONES

En el SGB es importante vigilar continuamente la **evolución** de esta enfermedad prestando especial atención al **sistema respiratorio** ya que la progresión puede ocasionar el deterioro de la ventilación espontánea y la imposibilidad de movilizar los músculos respiratorios requiriendo ventilación mecánica invasiva.

Los **cuidados de la Enfermera de Pediatría** son relevantes para evitar el progreso de la enfermedad (administración del tratamiento, ejercicios de rehabilitación, fomento de la deambulación...) y, en este caso, el control del dolor que influía de manera significativa en la calidad de vida de la niña y en su descanso.

BIBLIOGRAFÍA

SATSE CIUDAD REAL
XIV CONGRESO DE INVESTIGACIÓN

Resumen: Proceso de Atención Enfermera (PAE) llevado a cabo en un niño diagnosticado de Síndrome de Guillain - Barré (SGB) con su correspondiente revisión bibliográfica sobre los aspectos más relevantes de esta patología en la infancia. Para ello se realizó previamente una búsqueda bibliográfica donde se recogieran datos del SGB: fisiopatología, manifestaciones clínicas, diagnóstico, evolución y papel de la enfermera de Pediatría. A su vez se diseñó el PAE basado en los 14 patrones funcionales de Marjory Gordon priorizando los diagnósticos NANDA de los patrones que salieron disfuncionales, así como los objetivos NOC perseguidos y las intervenciones NIC para alcanzarlos.

Palabras Clave: Guillain-Barré Syndrome [Término MeSH], Pediatric Nurse [Término MeSH] Nursing care [Término MeSH]

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) consiste en una neuritis autoinmune inflamatoria aguda de inicio brusco.

El SGB se caracteriza por una debilidad simétrica que progresa de manera rápida y que se acompaña de hipo o arreflexia.

En Pediatría la causa más frecuente es la afectación de los nervios sensitivos y autónomos ocasionando dolor en miembros inferiores y parestesias.

La severidad del cuadro clínico va a ser importante en cuanto a la evolución:

- El 40% de los niños afectados pierde la marcha durante la fase aguda
- El 15% necesita soporte ventilatorio.

Objetivos:

- Conocer la fisiopatología y manifestaciones clínicas del SGB.
- Establecer los cuidados y el papel de la enfermera pediátrica en el manejo del niño diagnosticado con SGB.
- Describir los principales diagnósticos de Enfermería, objetivos e intervenciones en el niño diagnosticado con SGB.

Material y Método:

Se realizó una búsqueda bibliográfica de la evidencia disponible sobre el SGB. Se consultaron en las bases de datos de PubMed y Google Scholar. Como estrategia de búsqueda se utilizaron los descriptores MeSH: Guillain-Barré Syndrome Pediatric Nurse y Nursing care. Se usaron como operadores booleanos AND y OR.

En Pubmed se obtuvieron dos artículos y en Google Scholar 816. Para hacer una búsqueda más exhaustiva de la literatura encontrada en Google Scholar se filtraron artículos desde 2022 y relevantes para nuestro tema de estudio, obteniéndose 4 artículos.

A su vez para el desarrollo del PAE, la valoración se realizó siguiendo los 14 Patrones funcionales de Marjory Gordon y se establecieron los diagnósticos NANDA, objetivos NOC e intervenciones enfermeras NIC.

Resultados:

El motivo del ingreso del paciente fue debilidad y dolor en MMII. Siguiendo el modelo AREA para relacionar diagnósticos y escoger cuáles son los más prioritarios durante su estancia hospitalaria y sobre los cuáles se va a concentrar el Proceso de Atención Enfermera, obtenemos que el primer diagnóstico con trascendencia notable sería el **Dolor agudo**. Dicho dolor está relacionado con otro diagnóstico enfermero, el **Trastorno del patrón del sueño**, por lo que llevando a cabo las intervenciones sobre el primero podemos solucionar de manera indirecta el segundo. El siguiente diagnóstico de importancia para Enfermería en una enfermedad como el Guillain-Barré es el **Deterioro de la movilidad física**. El síntoma de presentación más habitual es la debilidad muscular simétrica, generalmente ascendente, o parálisis flácida, que suele presentarse en su inicio como una alteración de la marcha: dificultad para correr, subir escaleras, andar o incluso permanecer en bipedestación. Es importante vigilar la evolución puesto que aunque el inicio sea a nivel distal la sintomatología de este síndrome puede ascender afectando a los brazos, cara y músculos respiratorios. Por lo tanto, es imprescindible monitorizar al paciente hospitalizado para tomar las medidas oportunas en el caso de que los músculos respiratorios se vean afectados.

Conclusiones:

• En el SGB es importante vigilar continuamente la evolución de esta enfermedad prestando especial atención al sistema respiratorio ya que la progresión puede ocasionar el deterioro de la ventilación espontánea y la imposibilidad de movilizar los músculos respiratorios requiriendo ventilación mecánica invasiva.

• Los cuidados de la Enfermera de Pediatría son relevantes para evitar el progreso de la enfermedad (administración del tratamiento, ejercicios de rehabilitación, fomento de la deambulación...) y, en este caso, el control del dolor que influía de manera significativa en la calidad de vida de la niña y en su descanso.

Bibliografía

1.- Lyons R. Dolor abdominal elusivo y síndrome de Guillain-Barré. J Pediatr Health Care. 2008 Septiembre-Octubre;22(5):310-4. doi: 10.1016/j.pedhc.2008.03.004. PMID: 18761232.

2.. Tompkins JM. Han pasado dos décadas... y aún así son sus ojos los que recuerdo: reflexiones de una enfermera pediátrica. Pediatr Nurs. 2005 Septiembre-Octubre;31(5):426, 424-5. PMID: 16295161.

•CITAS GOOGLE SCHOLAR

3.- Apatić, R., Kužnik, K., & Lovrić, R. Holistic nursing care for children with Guillain-Barré syndrome: a five-year retrospective analysis in five Croatian hospitals. Pielegniarstwo XXI wieku/Nursing in the 21st Century, 21(2), 69-74.

4.- Stensholt, D. B. (2022). Nursing Care to Patients with Guillain-Barré Syndrome (Bachelor's thesis, Høgskulen på Vestlandet).

5.- Herramienta online para la consulta y diseño de Planes de Cuidados de Enfermería. [Internet]. NNNConsult. Elsevier; 2015 [citado 21 de abril de 2023]. Disponible en: http://www.nnnconsult.com/

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 142

Papel de la enfermería en la lactancia materna

Rolando Calle, Celia
López de Mota de la Morena, Carmen María
Carrasco Castellanos, Marta

PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA LACTANCIA MATERNA





CELIA ROLANDO CALLE
CARMEN MARÍA LÓPEZ DE MOTA DE LA MORENA
MARTA CARRASCO CASTELLANOS

1. INTRODUCCIÓN

La leche materna es el alimento ideal para los lactantes según la OMS, ya que, además de ser segura y limpia, contiene anticuerpos y aporta la energía y nutrientes necesarios durante los primeros meses de vida, además de producir diversos beneficios en madres y lactantes. En lactantes se han observado beneficios nutricionales, inmunológicos y en el neurodesarrollo, además de ser menos propensos a desarrollar obesidad, sobrepeso o diabetes, mientras que las madres presentan un menor riesgo de padecer cáncer de ovario y de mama. Por ello, es tan importante garantizar la lactancia materna desde el nacimiento, y es aquí donde debe aparecer el profesional de **enfermería**, realizando funciones no solo asistenciales, sino también **educativas**.

2. OBJETIVOS

- ✓ **General:** Conocer el papel que desempeña la enfermería en la lactancia materna.
- ✓ **Específico:** Examinar la importancia de la educación para la salud en la lactancia materna.

3. MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica. Bases de datos: Pubmed, Scielo, Dialnet y Google académico. Palabras clave: **"lactancia", "lactancia materna", "enfermería" y "cuidados de enfermería".** Se seleccionaron artículos en función de los criterios de elegibilidad, que incluían estudios centrados en el tema a tratar, publicados en los últimos 15 años, y en los idiomas ingles y español.

4. RESULTADOS

Los estudios muestran que uno de los factores que mas influyen en iniciar la lactancia son los **conocimientos** previos sobre ella y sus beneficios, así como el **apoyo** por parte del personal sanitario, que además de aumentar la incidencia, favorece a la duración y exclusividad de la lactancia. Muchas mujeres deciden abandonar la lactancia a pesar de querer amamantar a sus hijos por diversos motivos, la mayoría aseguran que la falta de conocimientos y la aparición de efectos o situaciones adversas han sido las causas principales de **abandono.**

5. CONCLUSIÓN

La **educación para la salud** es la clave para fomentar no solo el inicio de la lactancia, sino también para mantenerla en el tiempo. La intervención por parte de **enfermería** es fundamental durante todo el proceso, mediante labores no solo asistenciales, sino también **educativas**, antes de tomar la decisión (a través de la matrona), en la estancia hospitalaria (a través del personal de planta especializado) y durante todo el proceso de lactancia (a través del seguimiento). Todo ello, empleando la educación para la salud, la detección de posibles riesgos o errores en la realización de la técnica de amamantamiento y solventando todas las dudas que aparezcan durante el proceso, brindando así seguridad, confianza y el apoyo necesario para iniciar y sobre todo para mantener la lactancia durante el tiempo deseado.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. J Sommer. Aspectos y consideraciones sobre lactancia materna y el rol de la enfermería. Revista Enfermería Neonatal. Diciembre 2019;31:30-37. Disponible en: https://www.revista.fundasamin.org.ar/aspectos-y-consideraciones-sobre-la-lactancia-materna-y-el-rol-de-la-enfermeria/
2. Jimenez Sesma M, Pardo Vicastillo V, Ibañez Fleta E. La influencia del profesional sanitario en la lactancia materna. Medicina naturalista, 2009; Vol. 3-Nº2: 77-85. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3017264
3. Gallado, J., García, C., Lujano, J., Piñano, V., & Alejos, M. (2017). Enfermería en las prácticas de lactancia materna exclusiva y de las técnicas de amamantamiento. *Salud, Arte Y Cuidado*, *10*(2), 33-44. Disponible en: https://revistas.uclave.org/index.php/sac/article/view/566
4. Malerba M. El rol del educador de enfermería en el fomento de la lactancia materna en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Enfermería neonatal. Disponible en: https://docplayer.es/17215883-El-rol-educador-de-enfermeria-en-el-fomento-de-la-lactancia-materna-en-la-unidad-de-cuidados-intensivos-neonatales.html
5. Araya Z, Brenes G. Educación prenatal: Factor asociado al éxito de la lactancia materna. Rev. Enfermería actual 23, 1-14 (2021). Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5021189

Resumen: La lactancia materna ha sido desde siempre el mejor alimento para los recién nacidos, siendo el más completo y seguro según la OMS, ya que, son numerosos los beneficios que ofrece para madres y lactantes. Con el objetivo de determinar el papel que desempeña la enfermería en los conocimientos y en la práctica de la lactancia se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica examinando diferentes artículos y estudios sobre el tema a tratar, con la finalidad de establecer unas conclusiones sobre la importancia de la enfermería y de la educación para la salud durante todo el proceso de lactancia.

Palabras Clave: "Lactancia materna", "Enfermería", "Cuidados de enfermería"

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La leche materna es el alimento ideal para los lactantes según la OMS, ya que, además de ser limpia y segura, contiene anticuerpos que protegen de muchas enfermedades comunes en la infancia y aporta toda la energía y nutrientes necesarios en la cantidad y calidad adecuadas como alimento único durante los primeros meses de vida, y continúa suministrándolos como alimento complementario hasta los dos años de edad. De forma que, la leche materna asegura un sano crecimiento y desarrollo psicomotor, social y emocional del lactante, fomentando y fortaleciendo a su vez la relación entre madre e hijo.

La lactancia materna ofrece numerosos efectos beneficiosos tanto para los lactantes como para las madres. En los niños amamantados, además de beneficios en nutricionales e inmunológicos, se han observado beneficios en el neurodesarrollo, presentando un mayor nivel de inteligencia. También se ha observado que los lactantes presentan una menor tasa de probabilidad de desarrollar sobrepeso, obesidad o diabetes en un futuro. Por otro lado, las mujeres que amamantan presentan un menor riesgo de padecer cáncer de ovario y de mama.

Por todo ello, es tan importante garantizar la lactancia materna desde el nacimiento, y es aquí donde debe aparecer el profesional de enfermería, realizando funciones no solo asistenciales, sino también educativas.

Objetivos:

Objetivo general: Conocer el papel que desempeña la enfermería en la lactancia materna.

Objetivo específico: Conocer la importancia de una buena educación para la salud en la lactancia materna.

Material y Método:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos de ciencias de la salud, como Pubmed, Scielo, Dialnet y Google académico. Las palabras clave fueron las siguientes "lactancia", "lactancia materna", **"enfermería" y "cuidados de enfermería"**, unidas mediante el operador booleano AND.

Se seleccionaron artículos en función de los criterios de elegibilidad, que incluían artículos centrados en el tema a tratar, publicados en los últimos 15 años, y en los idiomas inglés y español, excluyendo, por tanto, los artículos restantes que no cumplían con los criterios de inclusión.

Resultados:

Los estudios seleccionados muestran que uno de los factores que más influyen en la decisión de iniciar la lactancia materna son los conocimientos previos sobre ella y sus beneficios, así como el **apoyo** familiar y por parte del personal sanitario, que además de aumentar la incidencia, favorece la duración y exclusividad de la lactancia.

Es igual de importante la decisión de iniciar la lactancia materna, como la de mantenerla durante el tiempo recomendado, por lo que nos vamos a centrar en ambas situaciones.

Se ha observado, que, a pesar de querer amamantar a sus hijos, muchas mujeres deciden abandonar la lactancia por diferentes motivos. La mayoría aseguran que la falta de conocimientos y la aparición de efectos o situaciones adversas han sido las causas principales de **abandono**.

Los motivos anteriores, acompañados de una falta de apoyo familiar o por parte de los profesionales sanitarios durante el proceso, constituyen las principales causas de abandono de la lactancia materna.

Conclusiones:

Los artículos revisados evidencian que la **enfermería**, a través de las labores no solo asistenciales, sino también docentes, mediante la **educación para la salud**, es la clave para fomentar no solo el inicio de la lactancia, sino también para mantenerla en el tiempo. La intervención por parte de enfermería es fundamental durante todas las etapas del proceso, incluyendo, antes de tomar la decisión (a través de la matrona), en la estancia hospitalaria (a través del personal de planta especializado) y durante todo el proceso de lactancia al alta (a través del seguimiento).

Todo ello, se puede realizar empleando la educación para la salud, la detección de posibles riesgos o errores en la realización de la técnica de amamantamiento y solventando todas las dudas que puedan aparecer durante el proceso, brindando así seguridad, confianza y el apoyo necesario para iniciar y sobre todo para mantener la lactancia materna durante el tiempo deseado.

Bibliografía

1.- J Sommer. Aspectos y consideraciones sobre lactancia materna y el rol de la enfermería. Revista Enfermería Neonatal. Diciembre 2019;31:30-37. Disponible en: https://www.revista.fundasamin.org.ar/aspectos-y-consideraciones-sobre-la-lactancia-materna-y-el-rol-de-la-enfermeria/

2.- Jimenez Sesma M, Pardo Vicastillo V, Ibañez Fleta E. La influencia del profesional sanitario en la lactancia materna. Medicina naturalista, 2009; Vol. 3-Nº2: 77-85. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3017264

3.-Gallado, J., García, C., Lujano, J., Pifano, V., & Alejos, M. (2017). Enfermería en las prácticas de lactancia materna exclusiva y de las técnicas de amamantamiento. Salud, Arte Y Cuidado, 10(2), 33-44. Disponible en: https://revistas.uclave.org/index.php/sac/article/view/566

4.- Malerba M. El rol del educador de enfermería en el fomento de la lactancia materna en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Enfermería neonatal. Disponible en: https://docplayer.es/17215883-El-rol-educador-de-enfermeria-en-el-fomento-de-la-lactancia-materna-en-la-unidad-de-cuidados-intensivos-neonatales.html

5.-Araya Z, Brenes G. Educación prenatal: Factor asociado al éxito de la lactancia materna. Rev. Enfermería actual 23, 1-14 (2021). Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5021189

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 143

Parche de capsaicina 8%, una solución al dolor facial.

Ruiz González, Flor María
Bastante Villaseñor, Raquel
Rodrigo Martín, Sonia

PARCHE DE CAPSAICINA 8%, UNA SOLUCIÓN AL DOLOR FACIAL

Ruiz González, Flor María
Bastante Villaseñor, Raquel
Rodrigo Martín, Sonia

INTRODUCCIÓN

Se expone caso clínico de paciente con dolor facial post traumático.

Tratado durante 4 años con analgesia de 2º escalón de la OMS y con técnicas intervencionistas, hasta que éstas dejan de surtir efecto y hay que avanzar a otras más complejas.

Es en este momento cuando el paciente solicita otra opción y se le plantea el parche de capsaicina 8%.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Se inician técnicas intervencionistas, de bloqueos y radiofrecuencias pulsadas durante 4 años.

En 2019, el paciente no obtiene mejoría con las técnicas realizadas y se le propone la administración del parche de capsaicina 8%, explicándole que su zona (temporal dcha y hemifacial) no entra en las recomendaciones del parche. Firma consentimiento informado.

Se avisa al paciente de la necesidad de rasusar con maquinilla eléctrica la zona temporal unos días antes.



- **PLAN ENFERMERO**

Se lava la zona con agua y jabón y se seca-

Mapeamos la zona de dolor y administramos parche durante 30 min.

Se retira el parche enrolando hacia dentro y se administra gel limpiador.

Se le dan recomendaciones y se da cita telefónica al mes y medio para valorar efectividad.

Su dolor disminuyó un 60% con ENA de 4, volvimos a citar a los 4 meses del primero.

Durante dos años se le estuvo administrando cada 4 mese y actualmente cada 6 meses



DISCUSIÓN

El parche de capsaicina 8% presenta pocas complicaciones y sus efectos adversos no son permanentes, lo cual implica una ventaja en comparación con otras técnicas intervencionistas.
A pesar de que la zona de la cara no está contemplada en la ficha técnica del producto, se obtuvieron buenos y duraderos resultados por lo que podriamos plantearnos este tratamiento , como una primera opción dado el buen resultado y las escasas complicaciones que presentó

CONCLUSIÓN

EL dolor facial del paciente mejoró mas del 50% y se mantiene mejor durante unos 6 meses, por lo que podemos concluir que el parche de cpsaicina es un fármaco efectivo para el dolor facial.

Resumen: Se presenta caso clínico de un paciente de 28 años con dolor facial tras un traumatismo, con antecedentes personales de escaso interés y en tratamiento con analgésicos de segundo escalón.

Tras ser valorado por el médico en la Unidad del Dolor se inician técnicas intervencionistas, que en un principio mejoran su dolor, pero pasados 4 años tienen mejoría escasa. Ante esta situación el paciente es reevaluado de nuevo y presenta zonas de hipoestesia e hipersensibilidad muy marcada en la parte derecha de la cara y la región temporal. Se le propone la realización de una radiofrecuencia térmica de trigémino, pero al paciente le da miedo. Se le comenta a posibilidad de administrar parche de capsaicina 8% a pesar de ser una zona (la de la cara) que no se contempla en las especificaciones del producto.

Palabras Clave: Dolor Facial, Parche, Capsaicina

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Se presenta caso clínico de un paciente con dolor facial derecho post traumático al que durante 4 años se le han ido realizando técnicas intervencionistas en función de la sintomatología con resultados variables, pero no del todo satisfactorios que no disminuían su dolor más del 30% y cuya mejoría solía ser de uno a dos meses.

En esos años se le realizaron varios bloqueos con Toxina Botulínica, radiofrecuencias pulsadas de nervio occipital derecho y en 2019, el paciente se encuentra mucho peor, con dolor intenso en región temporal y hemifacial derecha.

Observación Clínica:

El paciente comienza a ser seguido en la Unidad del Dolor a finales de 2014 y en 2015 se inician las técnicas intervencionistas, se encuentra tomando analgesia del segundo escalón de la escala analgésica de la OMS.

Durante 4 años, hasta 2019, se le realizan diferentes técnicas en función de su sintomatología, la duración de la técnica anterior, y la mejoría con el anterior procedimiento. Es en este momento cuando su dolor se intensifica y las técnicas hasta ahora realizadas no le ayudan, se le plantea una radiofrecuencia térmica de nervio trigémino, que es un procedimiento que realizan en el quirófano, en el que al paciente se le va sedando y despertando para ver si nota el estímulo y al paciente no le convence por los riesgos que entraña y por lo mal que lo pasa ya en las técnicas más conservadoras.

En esta consulta el paciente nos refiere dolor intenso, con episodios de agudización tipo pinchazos varias veces al día en zona temporal y hemifacial derecha, con hipoestesia e hipersensibilidad que no le deja ni dormir. Se le explica la posibilidad de poner un parche de capsaicina 8%, que, si bien no se incluye para la zona de la cara, se puede administrar teniendo cuidado con mucosas y ojos, el paciente acepta y firma consentimiento informado.

Plan de cuidados enfermeros:

En 2019 recibimos al paciente en la consulta de enfermería, explicamos los riesgos del parche y procedemos a su administración. Previamente llamamos al paciente para que se rasure con maquinilla eléctrica la parte temporal donde se administrará el parche, muy importante que sea con eléctrica para evitar cualquier posible herida.

Procedemos a lavar con agua y jabón y a secar bien la zona donde se administrará el parche.

Tras esto, iniciamos el mapeo de la zona dolorosa para cubrirla por completo y cortamos el parche en tiras para que nos sea más fácil cubrir la superficie (el parche no presenta gran adherencia) por lo que tras cubrir toda la zona se fija todo con esparadrapo. Dejamos el parche de capsaicina puesto durante 30 min, y lo retiramos enrollando hacia dentro, para que se dispersen la menor cantidad de partículas de capsaicina posible.

Queda como una quemadura, toda la zona enrojecida y caliente, por lo que ponemos durante unos minutos el gel limpiador que guardamos en nevera para quitar los restos que queden y para que el paciente se sienta mejor.

Se da hoja con recomendaciones y se le avisa que durante 3-4 días es posible que siga notando escozor, esto pasará no debe administrarse cremas, tan sólo ponerse frío.

Realizamos llamada telefónica al mes y medio de su administración y el paciente refiere una mejoría de su dolor del 60% con ENA 4, damos cita para repetir a los 4 meses.

Durante dos, años el paciente se puso los parches de capsaicina 8% cada 4 meses, y tras esto los empezó a espaciar porque su dolor tarda más en aparecer, el área de administración también ha disminuido un 15% y a día de hoy se le administran dos parches al año

Discusión:

El parche de capsaicina 8%, presenta un coste elevado para algunos pacientes, pero supone una opción terapéutica con muy pocos riesgos, en comparación con otras técnicas intervencionistas por lo que puede ser considerado un tratamiento de primera elección en aquellos pacientes a los que las técnicas más avanzadas les generan una gran ansiedad.

A pesar de que la cara no entra entre las especificaciones del parche, hará que valorar si el paciente está dispuesto a probar, hay que tener especial cuidado con los ojos y mucosas, en este caso el paciente prefiere mantenerlos cerrados a que le pongamos unas gasas.

Conclusiones:

LEl parche de capsaicina 8% es muy efectivo en pacientes con alodinia, hipoestesia e hipersensibilidad.

Si bien es cierto que el dolor facial no se contempla en la ficha técnica del parche, el parche es efectivo en esta zona, con una mejoría en torno a 4-6 meses.

La aplicación del parche de capsaicina 8% ha mejorado la calidad de la vida del paciente, y ha mejorado su sueño.

Todo ello, se puede realizar empleando la educación para la salud, la detección de posibles riesgos o errores en la realización de la técnica de amamantamiento y solventando todas las dudas que puedan aparecer durante el proceso, brindando así seguridad, confianza y el apoyo necesario para iniciar y sobre todo para mantener la lactancia materna durante el tiempo deseado.

Bibliografía

1.- FICHA TECNICA QUTENZA 179 mg PARCHE CUTANEO [Internet]. Aemps.es. [citado el 12 de junio de 2023]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/09524001/FT_09524001.html

2.- Pérez de la Fuente T, Cárcamo Hermoso C. El parche de capsaicina: una nueva herramienta para el tratamiento del dolor neuropático tras cirugía mamaria. Rev Senol Patol Mamar [Internet]. 2021 [citado 30 de abril de 2023];34(4):244-6. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-senologia-patologia-mamaria--131-articulo-el-parche-capsaicina-una-nueva-S0214158220300724

3.- López Molina M del M, López Molina J, López Vidal J, Garcia Muñoz M. Uso de parches de capsaicina al 8 % para el tratamiento del dolor neuropático lumbar. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2022 [citado 30 de abril de 2023];29(1):28-33. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462022000100007

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 144

Parques para personas mayores, ¿Son Realmente Saludables?: Revisión Sistematizada

Bastante Lozano, Mónica
Sánchez González, Irene
Lozano Miñano, Beatriz
Del Rey Cerros, Marina
Córdoba Mateos, M. Teresa

PARQUES PARA PERSONAS MAYORES, ¿SON REALMENTE SALUDABLES?: REVISIÓN SISTEMATIZADA

BASTANTE, M.[1]; SÁNCHEZ, I.[2]; LOZANO, B.[2]; CÓRDOBA, M.T.[2]; DEL REY, MARINA[3]

[1]FISIOTERAPEUTA GAI MANZANARES; [2]FISIOTERAPEUTA GAI TOMELLOSO; [3]DUE GAI TOMELLOSO

INTRODUCCIÓN

- Los programas de actividad física (PAF) con carácter multicomponente (compuesto por entrenamiento de fuerza, resistencia y equilibrio) realizados en el exterior tienen beneficios físicos, psíquicos y sociales.
- Numerosos parques biosaludables (PB) están instalados en nuestros municipios sin conocer los verdaderos beneficios o riesgos derivados de su uso
- Planteamos una revisión para encontrar bibliografía que avale su uso frente a cualquier otra AF en población mayor

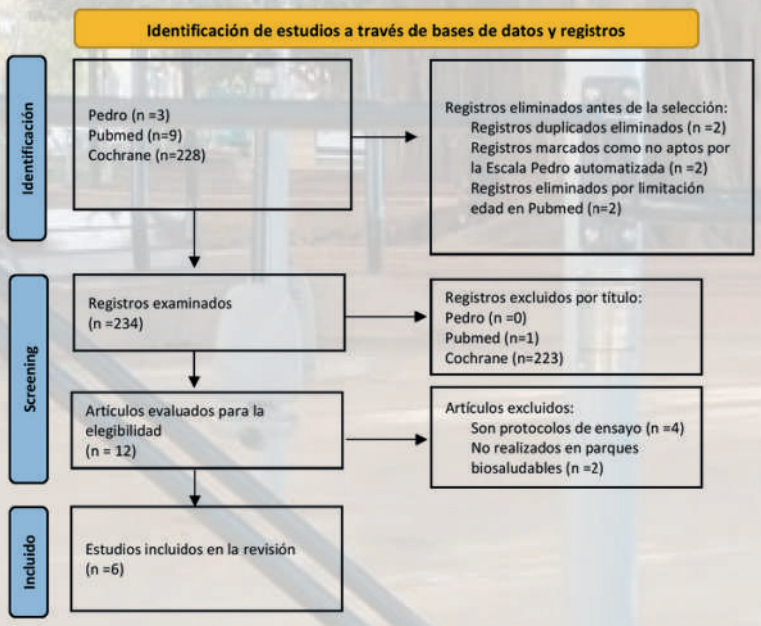
OBJETIVOS

1. Conocer uso y beneficios de PB en personas mayores de 60 años.
2. Comprobar que fomentan un PAF multicomponente.
3. Revisar existencia de estudios que describan lesiones derivadas de su uso.

MATERIAL Y MÉTODOS



RESULTADOS



ARTÍCULO	SUJETOS	INTERVENCIÓN	VARIABLES	CONCLUSIÓN
(LEVINGER ET AL., 2018)	>60 AÑOS CAÍDA O MIEDO INDEPENDIENTES SIN DETERIORO COGNITIVO	1 PROFESIONAL CADA 3-4 SUJETOS	NO INDICADO	- PB* DISEÑADOS PARA PERSONAS MAYORES CON EJERCICIO MULTICOMPONENTE - DIRIGIDO POR PROFESIONAL SALUD
(LEVINGER ET AL., 2020)	>60 AÑOS CAÍDA O MIEDO INDEPENDIENTES SIN DETERIORO COGNITIVO	PAF** SUPERVISADO 12 SEMANAS + 6 MESES NO SUPERVISADO	MIDE ASPECTOS A NIVEL FÍSICO, MENTAL Y SOCIAL	- PB* ES EFICAZ PARA MEJORAR LA FUNCIÓN FÍSICA Y EL BIENESTAR EN PERSONAS MAYORES - AUMENTO SIGNIFICATIVO EN LAS MEDIDAS DE FUNCIÓN FÍSICA, CALIDAD DE VIDA AUTOVALORADA, MIEDO Y RIESGO DE CAIDAS, DEPRESIÓN Y SOLEDAD TRAS 9 MESES DE SEGUIMIENTO
(LEVINGER ET AL., 2021)	>60 AÑOS INACTIVOS	PAF** Y SOCIAL	NO INDICADO	-MEJORAR COORDINACIÓN SERVICIOS SOCIOSANITARIOS Y GOBIERNOS LOCALES - IMPORTANCIA DE PAF** EN EXTERIORES TRAS COVID-19
(LEVINGER ET AL., 2022)	>60 AÑOS CAÍDA O MIEDO INDEPENDIENTE	PAF** SUPERVISADO 12 SEMANAS + 6 MESES NO SUPERVISADO	DISMINUCIÓN INCIDENCIA CAIDAS	- PROPONE MEJOR DISEÑO DE PB* - PROFESIONALES SALUD DIRIJAN EL PAF**

*PB: PARQUE BIOSALUDABLE

**PAF: PROGRAMA DE ACTIVIDAD FÍSICA

CONCLUSIONES

1. Bajo número de estudios y poca calidad.
2. El uso de PB disminuye la incidencia de caídas, mejora la función física y el bienestar de las personas mayores. Se determina la importancia de los PAF en exteriores, de carácter multicomponente y supervisado por un profesional sanitario formado.
3. Proponemos un PAF en PB de 12 semanas de duración dirigido por un profesional sanitario que instruya en la correcta ejecución de los ejercicios para favorecer la adherencia hacia un estilo de vida activo

Bibliografía y recursos

monicab@sescam.jccm.es

Resumen: En nuestros municipios hay instalados tantos parques biosaludables como parques infantiles con la impresión generalizada de infrautilización. Si bien el ejercicio es recomendado como la "multipíldora" por sus múltiples beneficios, en esta revisión nos planteamos buscar si estas instalaciones en el exterior son realmente idóneas para tal fin. Tras examinar las bases de datos más relevantes, observamos que la literatura es escasa y de poca calidad. Aun así, sí que existe un acuerdo en que el tipo de actividad física sea un programa multicomponente supervisado en una primera fase por personal sanitario formado por lo que proponemos programas de 12 semanas con este formato.

Palabras Clave: Parks, Aged, Exercise

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Desde las sociedades científicas se insta de manera contundente a la realización de ejercicio físico por su beneficios físicos, psicológicos y sociales, especialmente para favorecer un envejecimiento activo en población mayor de 60 años. La cuestión que se ha venido planteando en los últimos años es definir el tipo de actividad física con mayores beneficios. Múltiples revisiones parecen evidenciar que la intervención de ejercicios multicomponente compuesta por entrenamiento de fuerza, resistencia y equilibrio es la mejor estrategia (1)

Con independencia del país que se analice, estos beneficios reportan ser mayores cuando dicha actividad física se realiza en parques (2)

Con el objetivo de promover esta combinación de ejercicio en el exterior, en todos los municipios se instalan desde 2005 "parques para mayores" (3), con una ingente inversión. Sin embargo, desconocemos si el formato que proponen los fabricantes con una información visual básica sobre la ejecución del ejercicio es suficiente para que el usuario lleve a cabo los movimientos sin riesgo de lesiones. Planteamos esta revisión sistematizada con los siguientes objetivos:

- Conocer los estudios relacionados con el uso de parques biosaludables (PB) y sus posibles beneficios en personas mayores de 60 años.

- Comprobar que los ejercicios que se desarrollan en ellos cumplen con el objetivo de ser un programa físico multicomponente.

- Examinar si hay estudios que describan posibles lesiones derivadas del uso de PB de una manera inadecuada.

Material y Método:

Elegimos estudios que únicamente se desarrollen en PB en población mayor de 60 años.

Las bases de datos (BBDD) usadas han sido Pubmed, Cochrane y Pedro donde las últimas búsquedas se hicieron el 30 de marzo de 2023. Se usó la estrategia de búsqueda con los términos del Medical Subject Headings *"park and aged and exercise or physical activity"* y debían aparecer en el Título, Palabras clave o en el Abstract. Se limitó la búsqueda a los últimos cinco años y, en Pubmed,

al ofrecer esta opción, se filtraron los trabajos por franja de edad a los mayores de 65 años. De todos ellos se desechan 2 por duplicidades y de 4 no sé obtienen resultados porque son registros de ensayos, por lo que el número de ensayos elegidos ha sido 6. De los 6 estudios se sintetizaron 4 porque en el resumen no cumplían con el criterio de desarrollarse en PB. Todo ello está reflejado según el modelo de diagrama de flujo de PRISMA (4) (Tabla 1).

Una única autora fue responsable de la selección de los trabajos a sintetizar y la extracción de datos fue realizada por el resto de las autoras de manera independiente con asignación unipersonal de los ensayos seleccionados.

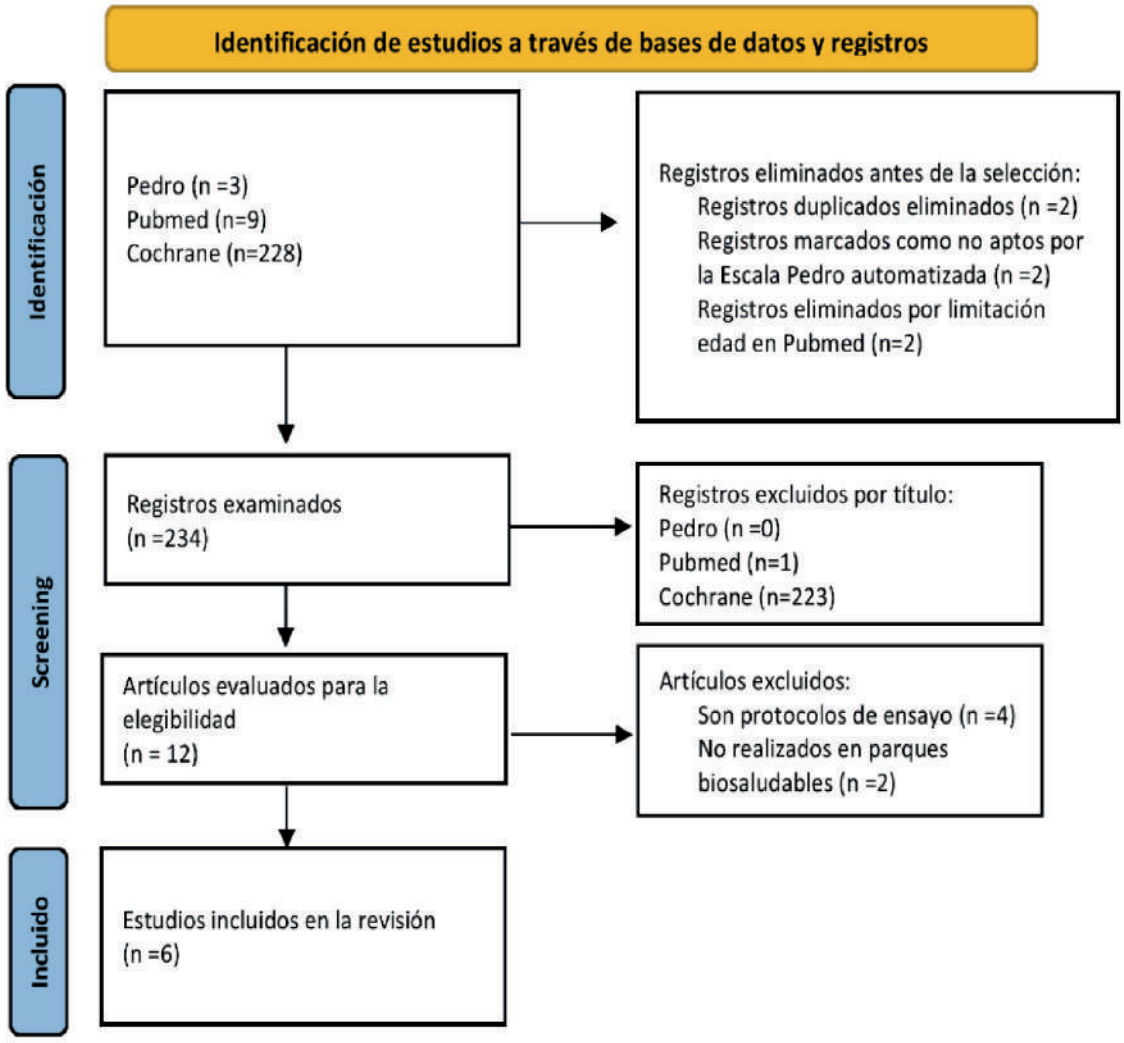


Tabla 1. Diagrama de flujo de PRISMA 2020 para nuevas revisiones sistemáticas que incluyen búsquedas de bases de datos y registros

Resultados:

ARTÍCULO	SUJETOS	INTERVENCIÓN	VARIABLES	CONCLUSIÓN
(LEVINGER ET AL., 2018)	>60 AÑOS CAÍDA O MIEDO INDEPENDIENTES SIN DETERIORO COGNITIVO	1 PROFESIONAL CADA 3-4 SUJETOS	NO INDICADO	- PB* DISEÑADOS PARA PERSONAS MAYORES CON EJERCICIO MULTICOMPONENTE - DIRIGIDO POR PROFESIONAL SALUD
(LEVINGER ET AL., 2020)	>60 AÑOS CAÍDA O MIEDO INDEPENDIENTES SIN DETERIORO COGNITIVO	PAF** SUPERVISADO 12 SEMANAS + 6 MESES NO SUPERVISADO	MIDE ASPECTOS A NIVEL FÍSICO, MENTAL Y SOCIAL	- PB* ES EFICAZ PARA MEJORAR LA FUNCIÓN FÍSICA Y EL BIENESTAR EN PERSONAS MAYORES - AUMENTO SIGNIFICATIVO EN LAS MEDIDAS DE FUNCIÓN FÍSICA, CALIDAD DE VIDA AUTOVALORADA, MIEDO Y RIESGO DE CAIDAS, DEPRESIÓN Y SOLEDAD TRAS 9 MESES DE SEGUIMIENTO
(LEVINGER ET AL., 2021)	>60 AÑOS INACTIVOS	PAF** Y SOCIAL	NO INDICADO	-MEJORAR COORDINACIÓN SERVICIOS SOCIOSANITARIOS Y GOBIERNOS LOCALES - IMPORTANCIA DE PAF** EN EXTERIORES TRAS COVID-19
(LEVINGER ET AL., 2022)	>60 AÑOS CAÍDA O MIEDO INDEPENDIENTE	PAF** SUPERVISADO 12 SEMANAS + 6 MESES NO SUPERVISADO	DISMINUCIÓN INCIDENCIA CAIDAS	- PROPONE MEJOR DISEÑO DE PB* - PROFESIONALES SALUD DIRIJAN EL PAF**

Tabla 2: Resultados de artículos sintetizados

Riesgo de sesgo:

En todos los estudios, el tamaño de la muestra es demasiado pequeño y el criterio de selección es voluntario puesto que el reclutamiento de los sujetos es a través de publicidad.

No se incluye un grupo de control y las variables se midieron mediante cuestionarios auto informados, que podrían no reflejar los niveles con exactitud.

Conclusiones:

· Los resultados encontrados según la estrategia de búsqueda utilizada son muy escasos y los sintetizados están elaborados por la misma autora. De igual forma, podemos considerarlos de baja calidad puesto no hay ensayos con un grupo de intervención y otro de control. Los sujetos tienen que tomar parte activa en el tratamiento por lo que es fácil que existan abandonos especialmente en un grupo de control. Es posible que los resultados encontrados sean menos de los que existen porque este tipo de instalaciones se denominan de otra manera en diferentes países. Es un obstáculo para las revisiones que no exista un descriptor de la salud para definir los parques biosaludables.

· Todos los estudios sintetizados proponen ejercicios multicomponente de fuerza, movilidad, cardiorrespiratorio y, especialmente, de equilibrio. El uso de PB disminuye la incidencia de caídas, mejora la función física y el bienestar de las personas mayores. No se describen lesiones, pero en todos los estudios revisados están supervisados por profesionales sanitarios formados.

Proponemos la realización de PAF de carácter multicomponente en PB de 12 semanas de duración dirigido por un profesional sanitario formado que instruya en la correcta ejecución de los ejercicios para favorecer la adherencia hacia un estilo de vida activo.

Bibliografía

1.- Cadore EL, Rodríguez-Mañas L, Sinclair A, Izquierdo M. Effects of different exercise interventions on risk of falls, gait ability, and balance in physically frail older adults: a systematic review. Rejuvenation Res [Internet]. 2013 Apr 1 [cited 2023 May 9];16(2):105–14. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23327448/

2.- Zhang R, Duan Y, Brehm W, Wagner P. Socioecological correlates of park-based physical activity in older adults: A comparison of Hong Kong and Leipzig parks. Int J Environ Res Public Health. 2019 Sep 1;16(17).

3.- Capra L, Cruz R, Capra FL. Usuarios, motivaciones y socialización en los parques biosaludables. Revista Iberoamericana de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte [Internet]. 2018 Jul 17 [cited 2023 Apr 27];7(2):29–39. Available from: https://revistas.uma.es/index.php/riccafd/article/view/5087

4.- Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas [Internet]. [cited 2023 Mar 29]. Available from: https://www.revespcardiol.org/es-pdf-S0300893221002748

5.- Levinger P, Sales M, Polman R, Haines T, Dow B, Biddle SJH, et al. Outdoor physical activity for older people-the senior exercise park: Current research, challenges and future directions. Health Promotion Journal of Australia [Internet]. 2018 Dec 1 [cited 2023 Apr 12];29(3):353–9. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hpja.60

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 145

Parto en el agua: resultados obstétricos y satisfacción materna.

Zarco González Carmen María
Vidal Arenas, Mónica
Camacho Rodríguez, Irene

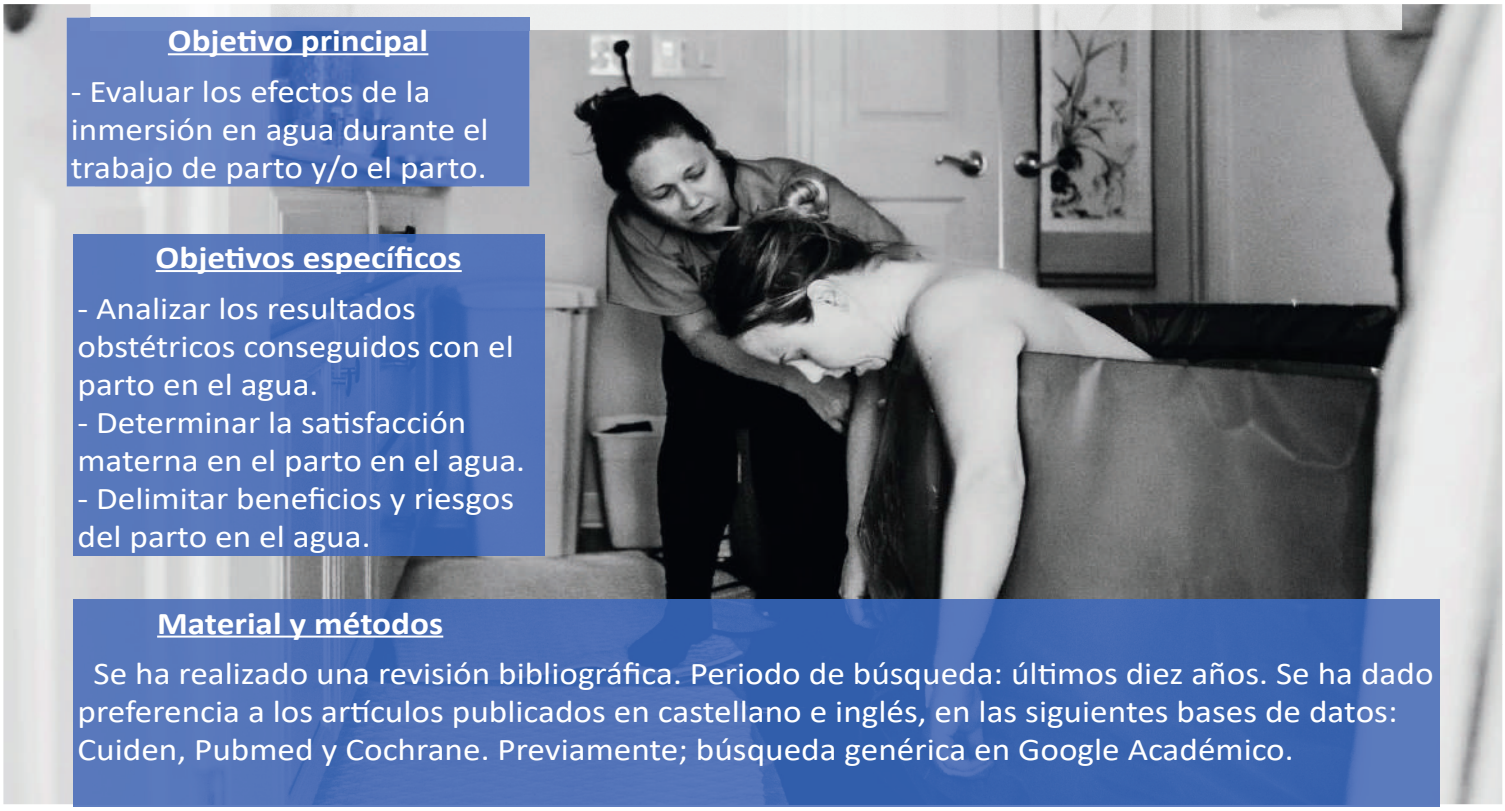
Parto en el agua: resultados obstétricos y satisfacción materna

XIV Congreso Investigación Enfermería y Fisioterapia

Autoras: Zarco González C.M., Vidal Arenas, M., Camacho Rodríguez, I.

Introducción

El parto en el agua, consiste en la inmersión de la mujer durante el trabajo de parto en agua caliente, esto no solo nos ayudan a calmar el dolor, si no que permiten que el proceso del parto se viva de una forma más fisiológica, reduciendo el número de intervenciones durante el parto y consiguiendo buenos resultados obstétricos. Permite el libre movimiento de la mujer y reduce su nivel de ansiedad. No obstante, es una técnica poco conocida y extendida en el mundo sanitario. Con este trabajo se pretende analizar el parto en el agua, beneficios y posibles riesgos, acercándonos más a esta práctica cada día más demandada.



Objetivo principal

- Evaluar los efectos de la inmersión en agua durante el trabajo de parto y/o el parto.

Objetivos específicos

- Analizar los resultados obstétricos conseguidos con el parto en el agua.
- Determinar la satisfacción materna en el parto en el agua.
- Delimitar beneficios y riesgos del parto en el agua.

Material y métodos

Se ha realizado una revisión bibliográfica. Periodo de búsqueda: últimos diez años. Se ha dado preferencia a los artículos publicados en castellano e inglés, en las siguientes bases de datos: Cuiden, Pubmed y Cochrane. Previamente; búsqueda genérica en Google Académico.

Resultados

Tras realizar las búsquedas con las palabras clave establecidas y el operador booleano "and", 14 artículos han sido consultados y analizados, con la herramienta de lectura crítica CASPE. Tras ello, 7 artículos han sido seleccionados.

Conclusiones

La hidroterapia aporta gran cantidad de beneficios. Relaja y atenúa la percepción del dolor; reduce el uso de oxitocina, la duración del parto y el número de episiotomías. No aumenta los riesgos de infección, ni de hemorragia posparto y aporta gran satisfacción materna. Respecto al neonato, existe controversia por la posible aspiración de agua o la rotura del cordón umbilical. La evidencia hasta ahora nos dice que no hay diferencias significativas en el APGAR y los ingresos en unidades de cuidados intensivos entre los niños nacidos dentro y fuera del agua.

Bibliografía

Resumen: El parto en el agua está siendo cada vez más demandado por las mujeres. Es un método para el manejo del dolor no farmacológico, muy interesante, ya que tiene muchos beneficios. Ayuda a reducir el estrés materno, acorta la dilatación, se realizan menos intervenciones, favoreciendo un parto fisiológico, y un largo etcétera. La evidencia científica es escasa, pero los estudios existentes dejan entrever que el riesgo para el recién nacido es igual a los partos que se producen fuera del agua, sin embargo, la satisfacción materna se ve muy aumentada.

Palabras Clave: Parturition, hydrotherapy, pain.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El manejo del dolor durante las diferentes fases del parto es uno de los hándicaps más importantes dentro de la obstetricia. El uso de métodos no farmacológicos, a día de hoy, sigue siendo poco habitual en nuestra práctica, ya que el uso de la anestesia epidural está muy extendido. Los métodos no farmacológicos, no solo nos ayudan a calmar el dolor, si no que permiten que el proceso del parto se viva de una forma más fisiológica, reduciendo el número de intervenciones durante el parto y consiguiendo buenos resultados obstétricos. La hidroterapia, destaca por la gran cantidad de beneficios que ofrece. La inmersión en agua caliente no solo ayuda al manejo del dolor, si no que permite el libre movimiento de la mujer, favoreciendo la biomecánica del parto, reduce el nivel de ansiedad de esta y facilita el desarrollo fisiológico de nacimiento. No obstante, precisa formación para poder acompañar este tipo de partos, una infraestructura específica y más evidencia científica que refuerce el uso de esta técnica. Con este trabajo se pretende analizar el parto en el agua, beneficios y posibles riesgos, acercándonos más a esta práctica cada día más demandada.

Objetivos:

Objetivo principal:

-Evaluar los efectos de la inmersión en agua durante el trabajo de parto y/o el parto.

Objetivos específicos:

- Analizar los resultados obstétricos conseguidos con el parto en el agua.

- Determinar la satisfacción materna en el parto en el agua.

- Delimitar beneficios y riesgos del parto en el agua

Material y Métodos:

Se ha realizado una revisión bibliográfica restringiendo el periodo de búsqueda a los últimos diez años. Se ha dado preferencia a los artículos publicados en castellano e inglés, en las siguientes bases de datos: Cuiden, Pubmed y Cochrane. Previo a la consulta de estas bases de datos se ha realizado una búsqueda genérica en Google Académico.

Resultados:

Tras realizar las búsquedas en las bases de datos mencionadas con las palabras clave establecidas y el operador booleano "AND", 14 artículos han sido consultados y analizados con la herramienta de lectura crítica CASPE. Tras ello, 7 artículos han sido seleccionados, dando preferencia a los objetivos marcados.

Conclusión:

La hidroterapia en el parto aporta gran cantidad de beneficios: relaja y atenúa la percepción del dolor, reduce el uso de oxitocina sintética, reduce la duración del parto, reduce el número de episiotomías, no aumenta los riesgos de infección, ni de hemorragia posparto y aporta gran satisfacción materna. Respecto al recién nacido, existe controversia por la posible aspiración de agua o la rotura del cordón umbilical. La evidencia hasta ahora nos dice que no hay diferencias significativas en el APGAR y los ingresos en unidades de cuidados intensivos entre los niños nacidos dentro y fuera del agua. Tampoco existe evidencia de peso para no recomendar el expulsivo en el agua. Aun así, la evidencia sigue siendo escasa y resulta muy necesaria para que los profesionales sanitarios confíen en este método y lo implanten en los hospitales o centros de nacimientos en equipo y con seguridad.

Bibliografía

1.- Cluett ER, Burns E, Cuthbert A. Inmersión en agua durante el trabajo de parto y el nacimiento. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas 2018, número 5. Art. Nº: CD000111. DOI: 10.1002/14651858.CD000111.pub4. Consultado el 14 de junio de 2023.

2.- Ulfsdottir H, Saltvedt S, Georgsson S. Waterbirth in Sweden - a comparative study. Acta Obstet Gynecol Scand. 2018 Mar;97(3):341-348. doi: 10.1111/aogs.13286. Epub 2018 Jan 17. PMID: 29288489.

3.- Intrapartum care for healthy women and babies. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2022 Dec 14. PMID: 32212591.

4.- Bailey JM, Zielinski RE, Emeis CL, Kane Low L. A retrospective comparison of waterbirth outcomes in two United States hospital settings. Birth. 2020 Mar;47(1):98-104. doi: 10.1111/birt.12473. Epub 2019 Dec 9. PMID: 31820494.

5.- Iglesias Casás, S. (2020). Nacimiento bajo el agua. Estudio retrospectivo en hospital de baja intervención. Universidad de Vigo.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 146

Patología Dual. Un Abordaje desde Enfermería

Fernández Alves, Daniel
de la Vega Tera, Teresa

XIV Congreso de Investigación SATSE Ciudad Real

PATOLOGÍA DUAL. UN ABORDAJE DESDE ENFERMERÍA

Revisión Bibliográfica

Autores: Fernández Alves, Daniel; de la Vega Tera, Teresa

INTRODUCCION

En la actualidad, existe una gran prevalencia de comorbilidad de la esquizofrenia con el trastorno de abuso de sustancias. Esta enfermedad conlleva importantes consecuencias para el paciente, su familia y el entorno. La patología dual abarca dos áreas, salud mental y drogodependencias, por lo que es preciso abordar al paciente de forma global y un trabajo conjunto de los profesionales.

OBJETIVO

Describir el abordaje de enfermería ante la aparición de la patología dual.

MATERIAL Y METODO

Se ha efectuado una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos de ciencias de la salud (PubMed, Science Direct, ElSeviery CINHAL). Se han utilizado los filtros de búsqueda: idioma español e inglés, publicados en los últimos 10 años y que se encontrasen con el texto completo. Las palabras clave empleadas fueron: *patología dual, enfermería, esquizofrenia, salud mental;* junto con los operadores booleanos AND / OR.

BIOGRAFIA

- Ortiz de Zárate A. et al. Patología dual. Guías de cuidados de enfermería en salud mental. Volumen 1. Barcelona: Elsevier; 2009.

- Arias F, Szerman N, Vega P, Mesias B, Basurte I, Morant C, et al. Abuso o dependencia a lacocaína y otros trastornos psiquiátricos. EstudioMadrid sobre la prevalencia de la patología dual.Rev Psiquiatr Salud Ment. [Internet] 2012. Disponible en: http://www.patologiadual.es/docs/6EEM-Arias-Cocaina-EMadrid2012.pdf.

- Torrijos Martín M, Palomino Martínez A. Patología dual y enfermería: revisión bibliográfica. Rev.Pat. Dual. [Internet]. 2017; 4(1):3. Disponible en:http://www.patologiadual.es/publishingimages/revista/pdfs/2017_03.pdf.

- Modrego Aznar, Fabiola. Mejorando el bienestar y la patología dual: abordaje integral desde una consulta enfermera de Salud Mental.Rev Paraninfo Digital, 2011; 14. Disponible en: http://www.index-f.com/para/n14/160d.php

RESULTADOS

En el abordaje de enfermería es importante crear un vínculo terapéutico con el paciente que está basado en la confianza. Una relación de confianza facilitará la adherencia terapéutica.

Tras la entrevista que lleve a cabo la enfermera, en la que observará la conducta del paciente mientras dialoga con él, planificará unos cuidados individualizados. Las actividades más relevantes de enfermería son: realizar intervenciones motivacionales que estimulen el cambio y favorecer hábitos saludables, valoración del estado psicopatológico para evitar recaídas o para detectarlas precozmente si se producen, entrenamiento de habilidades sociales y educación para la salud. Los cuidados integrales son los más propuestos ya que generan los mejores resultados y está formado por el enfoque psicoterapéutico y el psicofarmacológico junto aspectos de cuidados.

CONCLUSION

La adicción a sustancias es una patología que agrava el trastorno mental, así como las áreas de intervención de enfermería, por ello es necesario un abordaje de enfermería integrado en el tratamiento de la patología dual.

Este se propone como el más eficiente, tratando así al paciente de una forma holística. Es necesario que existan protocolos y definir las actividades de enfermería para poder atender de forma correcta a estos pacientes.

Resumen: La patología dual es la rama de la salud mental que estudia aquellos pacientes que simultáneamente padecen en su vida una adicción a una sustancia y otro trastorno mental. Las sustancias más comunes son cocaína, heroína y cannabis.

Padecer algún tipo de trastorno mental supone un factor de riesgo que puede conducir a desarrollar alguna adicción. Tiene una prevalencia en la cual seis de cada diez drogodependientes presentan otra patología mental.

El pronóstico de la patología dual va a depender de la adicción a la sustancia que se tenga y del trastorno mental que pueda sufrir cada paciente.

Las personas que sufren esta enfermedad suelen presentar alto nivel de impulsividad, agresividad y violencia y viene incrementado el problema al no tener conciencia del trastorno que padecen.

Es importante que enfermería conozca los recursos que hay en la Red de salud mental, así como sus protocolos para su correcta intervención sanitaria

Palabras Clave: Patología Dual, Enfermería, Esquizofrenia, Salud Mental

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

En la actualidad, existe una gran prevalencia de comorbilidad de la esquizofrenia con el trastorno de abuso de sustancias. Esta enfermedad conlleva importantes consecuencias para el paciente, su familia y el entorno. La patología dual abarca dos áreas, salud mental y drogodependencias, por lo que es preciso abordar al paciente de forma global y un trabajo conjunto de los profesionales.

Objetivos:

Describir el abordaje de enfermería ante la aparición de la patología dual.

Material y Métodos:

Se ha efectuado una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos de ciencias de la salud (PubMed, Science Direct, ElSeviery CINHAL). Se han utilizado los filtros de búsqueda: idioma español e inglés, publicados en los últimos 10 años y que se encontrasen con el texto completo. Las palabras clave empleadas fueron: *patología dual, enfermería, esquizofrenia, salud mental*; junto con los operadores booleanos AND / OR.

Resultados:

En el abordaje de enfermería es importante crear un vínculo terapéutico con el paciente que está basado en la confianza. Una relación de confianza facilitará la adherencia terapéutica.

Tras la entrevista que lleve a cabo la enfermera, en la que observará la conducta del paciente mientras dialoga con él, planificará unos cuidados individualizados. Las actividades más relevantes de enfermería son: realizar intervenciones motivacionales que estimulen el cambio y favorecer hábitos saludables, valoración del estado psicopatológico para evitar recaídas o para detectarlas precozmente si se producen, entrenamiento de habilidades sociales y educación para la salud. Los

cuidados integrales son los más propuestos ya que generan los mejores resultados y está formado por el enfoque psicoterapéutico y el psicofarmacológico junto aspecto de cuidados.

Conclusión:

La adicción a sustancias es una patología que agrava el trastorno mental, así como las áreas de intervención de enfermería, por ello es necesario un abordaje de enfermería integrado en el tratamiento de la patología dual.

Este se propone como el más eficiente, tratando así al paciente de una forma holística. Es necesario que existan protocolos y definir las actividades de enfermería para poder atender de forma correcta a estos pacientes.

Bibliografía

1.- Ortiz de Zárate A. et al. Patología dual. Guías de cuidados de enfermería en salud mental. Volumen 1. Barcelona: Elsevier; 2013.

2.- Arias F, Szerman N, Vega P, Mesias B, Basurte I, Morant C, et al. Abuso o dependencia a lacocaína y otros trastornos psiquiátricos. EstudioMadrid sobre la prevalencia de la patología dual.Rev Psiquiatr Salud Ment. [Internet] 2012. Disponible en: http://www.patologiadual.es/docs/6EEM-Arias-Cocaina- EMadrid2012.pdf.

3.- Torrijos Martín M, Palomino Martínez A. Patología dual y enfermería: revisión bibliográfica. Rev.Pat. Dual. [Internet]. 2017; 4(1):3. Disponible en:http://www.patologiadual.es/publishingimages/revista/pdfs/2017_03.pdf.

4.- Modrego Aznar, Fabiola. Mejorando el bienestar y la patología dual: abordaje integral desde una consulta enfermera de Salud Mental.Rev Paraninfo Digital, 2011; 14. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n14/160d.php>

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 147

People for People

Bravo Fernández, Carmen María
Barrilero Martínez, Irene
Serrano Rodrigo, Cristina

PEOPLE FOR PEOPLE

Autores

Carmen María Bravo Fernández, Irene Barrilero Martínez, Cristina Serrano Rodrigo

Introducción

La humanización de los cuidados intensivos se refiere a promover la salud, curar enfermedades y garantizar un ambiente que favorezca una vida saludable en todos los aspectos. Implica centrarse en la persona atendida, preservar su dignidad y valores, utilizar la mejor evidencia disponible, incluir a los familiares y devolver la vocación al equipo de salud. La humanización surge como respuesta a la despersonalización en las UCIs y se busca implementar a través del Proyecto HU-CI con ocho líneas de investigación. (ver imagen)

Materiales y métodos

Se ha realizado una revisión sistemática en las principales bases de datos (Pubmed, Medicina Intensiva, Scielo, CINAHL, Google Scholar) de búsqueda bibliográfica y estudios científicos; se ha revisado el histórico de publicaciones de la propia web de Proyecto HU-CI. La búsqueda ha sido de las revisiones sistemáticas y metaanálisis publicadas en los últimos 5 años sobre la temática de estudio. Se realizó la búsqueda en inglés y en español, utilizándose los términos MeSH "Humanism", "Intensive Care Units", "Humanization of healthcare", "ICU" y "HU-CI" utilizando el operador booleano AND.

Se adjunta tabla con fuentes consultadas, nº artículos encontrados y finalmente seleccionados.

Objetivos

- Revisar la evidencia científica actual respecto a las estrategias de humanización de las unidades de cuidados intensivos.
- Conocer la implicación por parte del personal de enfermería, así como el desarrollo del Proyecto HU-CI.

BASE DE DATOS	ECUACIONES DE BÚSQUEDA	Nº RESULTADOS TOTALES	Nº RESULTADOS TRAS LECTURA DEL TÍTULO Y RESUMEN	Nº RESULTADOS TRAS LA LECTURA CRÍTICA	ARTICULOS ELEGIDOS
Pubmed	Humanism AND Intensive Care Units	1	1	1	0
	Humanization of healthcare AND ICU	78	3	3	3
	HU-CI AND ICU	1	1	1	1
Proyecto HU-CI	-	44	7	6	5
Medicina Intensiva	Humanización	14	6	2	1
	HU-CI	81	2	0	0
Scielo	Humanización AND ICU	45	11	3	1
	HU-CI	2	1	1	0
CINAHL	Humanization AND ICU AND Nursing	10	4	2	2
	HU-CI	1	0	0	0
Google Scholar	Humanización AND UCI	235	7	4	2
	HU-CI	472	3	0	0



Líneas de investigación Proyecto HU-CI

Resultados

Se han recopilado varios estudios y trabajos relacionados con la humanización de los cuidados en las unidades de cuidados intensivos (UCI). Se destaca la importancia de centrar la atención en el paciente y la familia, respetando su dignidad y humanidad. Las prácticas de atención centrada en el paciente y la familia, la comunicación efectiva y el apoyo son elementos clave para humanizar la UCI. Existe un creciente interés en la humanización de los cuidados intensivos, y se enfatiza la necesidad de equilibrar el enfoque tecnológico con el respeto por la dignidad de la persona. Se mencionan iniciativas como el Proyecto HU-CI, que busca cambiar el modelo de atención y mejorar la gestión de las UCIs. La relación enfermera-familia, la percepción de humanización por parte de los pacientes y familiares, y la implementación de estrategias basadas en la evidencia son aspectos clave para mejorar la atención en la UCI. En general, se resalta la importancia de la humanización en la UCI para promover la recuperación efectiva, el bienestar del paciente y la satisfacción de la familia.

Conclusiones

El personal de enfermería desempeña un papel fundamental en la humanización de los cuidados intensivos, ya que su relación con el paciente y la familia se basa en la confianza, el respeto y la empatía. Las enfermeras son las protagonistas diarias en la atención al paciente y, por lo tanto, son clave para implementar la humanización en las unidades de cuidados intensivos. Para lograr este objetivo, es necesario que la administración proporcione el apoyo y la formación adecuada al personal, así como el cuidado de su bienestar.

El Proyecto HU-CI se presenta como una referencia para llevar la humanización a las UCIs de manera estandarizada y con garantías. Es importante evaluar de manera adecuada los protocolos y las líneas de actuación propuestas por HU-CI, para determinar su efectividad y realizar mejoras basadas en la evidencia, en caso de ser necesarias.

Referencias

1.Rojas V. HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS INTENSIVOS. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2019 Mar 1 [cited 2023 Apr 12];30(2):120–5. Available from: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-humanizacion-de-los-cuidados-intensivos-S0716864019300240

2.de la Fuente-Martos C, Rojas-Amezcua M, Gómez-Espejo MR, Lara-Aguayo P, Morán-Fernandez E, Aguilar-Alonso E. Implantación de un proyecto de humanización en una Unidad de Cuidados Intensivos. Med intensiva [Internet]. 2018 Mar 1 [cited 2023 Apr 12];42(2):99–109. Available from: http://www.medintensiva.org/es-implantacion-un-proyecto-humanizacion-una-articulo-S0210569117302206

3.Baeza Gómez I, Cynthia L, Hoxsas Q, Proyecto "Humanizando los Cuidados Intensivos", nuevo paradigma de orientación de los Cuidados Intensivos. Rev Bioet Derecho [Internet]. 2020 [cited 2023 Apr 12];(48):111–26. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872020000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

4.Proyecto HUCI – Humanizando los cuidados intensivos [Internet]. [cited 2023 Apr 12]. Available from: https://proyectohuci.com/es/inicio/

5.Velasco Bueno JM, Heras La Calle G, Ortega Guerrero Á, Zaforteza Lallemand C. Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. Manual de buenas prácticas de Humanización en las Unidades de Cuidados Intensivos. 2nd ed. 2019.

6.Secunda KE, Kruser JM. Patient-Centered and Family-Centered Care in the Intensive Care Unit. Clin Chest Med [Internet]. 2022 Sep 1 [cited 2023 Apr 12];43(3):539–50. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36116821/

7.Nielsen AH, Kvande ME, Angel S. Humanizing and dehumanizing intensive care: Thematic synthesis (HumanIC). J Adv Nurs [Internet]. 2023 Jan 1 [cited 2023 Apr 12];79(1):385–401. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36281216/

8.Kvande ME, Angel S, Høiger Nielsen A. "Humanizing intensive care: A scoping review (HumanIC)." Nurs Ethics [Internet]. 2022 Mar 1 [cited 2023 Apr 12];29(2):498–510. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34894870/

9.Velasco Bueno JM, La Calle GH. Humanizing Intensive Care: From Theory to Practice. Crit Care Nurs Clin North Am [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2023 Apr 12];32(2):135–47. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32402312/

10.Duque-Ortiz C, Arias-Valencia MM. Nurse-family relationship. Beyond the opening of doors and schedules. Enferm Intensiva [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2023 Apr 12];31(4):192–202. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32276810/

11.Busch IM, Moretti F, Travaini G, Wu AW, Rimondini M. Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. A Systematic Review. Patient [Internet]. 2019 Oct 1 [cited 2023 Apr 12];12(5):461–74. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31203515/

12.Herrer MG, Davidson JE, La Calle GH. Family and Psychosocial Considerations in Critical Care. Critical Care Psychology and Rehabilitation: Principles and Practice [Internet]. 2021 Nov 18 [cited 2023 Apr 12];251–73. Available from: https://academic.oup.com/book/39115/chapter/338520322

13.Basile MI, Rubin E, Wilson ME, Potlo J, Jacome SN, Brown SM, et al. Humanizing the ICU Patient: A Qualitative Exploration of Behaviors Experienced by Patients, Caregivers, and ICU Staff. Crit Care Explor [Internet]. 2021 Jun 15 [cited 2023 Apr 12];3(6):e0463. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34151284/

14.De-La-Cueva-Ariza L, Delgado-Hito P, Martínez-Estalella G, Vla-Clavero G, Iluch-Canut T, Romero-García M. Implementation of the evidence for the improvement of nursing care to the critical patient's family: a Participatory Action Research. BMC Health Serv Res [Internet]. 2018 May 11 [cited 2023 Apr 12];18(1). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29744635/

15.Arnaiz Arnaiz V, Esteban Galbete MT, Olaechea Astigarraga PM, Legarreta Olabarrieta MI. Escuchando a profesionales, pacientes y familiares: estudio sobre el régimen de visitas en una Unidad de Cuidados Intensivos. Med Intensiva [Internet]. 2020 May 1 [cited 2023 Apr 14];44(4):254–6. Available from: http://www.medintensiva.org/es-escuchando-profesionales-pacientes-familiares-estudio-articulo-S0210569118303310

16.De Azevedo CV, Spiri WC. Perception of nursing workers humanization under intensive therapy. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018 Mar 1 [cited 2023 Apr 14];71(2):372–8. Available from: http://www.scielo.br/j/reben/a/dFvzZXKkhzxLRGZFZxZyRLf/?lang=en

17.Silveira de Carli B, Denise Ubessi L, Koller Pettenon M, Beatriz Righi L, Maria da Rosa Jardim V, Miladi Fernandes Stumm E. O tema da humanização na terapia intensiva em pesquisas na saúde. Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online, ISSN-e 2175-5361, Vol 10, No 2, 2018, pág 326-333 [Internet]. 2018 [cited 2023 Apr 14];10(2):326–33. Available from: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6701795&info=resumen&idioma=ENG

18.Rodriguez-Almagro J, Quero Palomino MA, Aznar Sepúlveda E, Fernandez-Espartero Rodriguez-Barbero MDM, Ortiz Fernandez F, Soto Barrera V, et al. Experience of care through patients, family members and health professionals in an intensive care unit: a qualitative descriptive study. Scand J Caring Sci [Internet]. 2019 Dec 1 [cited 2023 Apr 14];33(4):912–20. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31058326/

19.Martínez Zubieta R, Martínez Zubieta R. Humanización en la Unidad de Cuidados Intensivos. Medicina crítica (Colegio Mexicano de Medicina Crítica) [Internet]. 2021 [cited 2023 Apr 14];35(3):144–7. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-88092021000300144&lng=es&nrm=iso&tlng=es

20.Yáñez-Dabdoub M, Vargas-Celis I, Yáñez-Dabdoub M, Vargas-Celis I. CUIDADO HUMANIZADO EN PACIENTES CON LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN CUIDADOS INTENSIVOS: DESAFÍOS PARA ENFERMERÍA. Pers Bioet [Internet]. 2018 Jul 19 [cited 2023 Apr 14];22(1):56–75. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222018000100056&lng=en&nrm=iso&tlng=es



XIV Congreso de Investigación Enfermería y Fisioterapia
Ciudad Real (España) – 1 al 9 de Octubre de 2023

SATSE

Resumen: La humanización de la UCI busca promover la salud integral, centrándose en la individualidad y dignidad, en base a la mejor evidencia disponible, optimizando recursos y con un papel activo de los familiares. Surge como respuesta a la despersonalización y tecnificación en las UCIs, donde incluso los profesionales demandan un cambio. El Proyecto HU-CI ha implementado 8 líneas de investigación para materializar la humanización en estas unidades. Desde 2001, se ha promovido el enfoque centrado en el paciente y la familia, abandonando el modelo biomédico/paternalista y fomentando la autonomía y el respeto a las opiniones y voluntades de estos.

Palabras Clave: "Humanization of healthcare", "ICU", "HU-CI"

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Humanizar los Cuidados Intensivos es todo aquello que realizamos para promover y proteger la salud, curar las enfermedades, garantizar un ambiente que favorezca una vida sana a todos los niveles (físico, emotivo, social y espiritual). Desde el punto de vista de los cuidados, al humanizar esta atención nos centrarnos en la persona a la que atendemos, entendiendo que es única, preservando su dignidad y valores, cuidando en base a la mejor evidencia disponible, haciendo uso racional de recursos, incluyendo a los familiares y haciéndolos parte del proceso, recordando que la salud es un derecho fundamental de todo ser humano y finalmente también es devolver al equipo de salud la vocación y el sentido por lo que hacen.

La trayectoria de la humanización de los cuidados comienza a vislumbrarse en 2001, en Estados Unidos, el Instituto de Medicina incorporó el concepto de "atención centrada en el paciente y familia (patient and family-center care, PFCC). Comenzó a cambiar el paradigma desde un modelo biomédico/paternalista hacia una mayor autonomía y respecto hacia las opiniones y voluntades de pacientes y familias.

Algo que se vive de manera generaliza en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) debido al exceso de tecnificación y patologización del proceso como principal fuente de actuación, es el hecho de que la despersonalización no solamente es vivida y percibida por parte de pacientes y familiares, sino que son los propios profesionales sanitarios los que comienzan a demandar un cambio dentro de las instituciones sanitarias.

Para dar respuesta a las demandas en este ámbito de todo el conjunto de personas que conforman la UCI, se ha puesto en marcha a través del Proyecto HU-CI, 8 líneas de investigación para materializar esta idea de la humanización de los cuidados intensivos.

Objetivos:

- Revisar la evidencia científica actual respecto a las estrategias de humanización de las unidades de cuidados intensivos.

- Conocer la implicación por parte del personal de enfermería, así como el desarrollo del Proyecto HU-CI.

Material y Métodos:

Se ha realizado una revisión sistemática en las principales bases de datos (Pubmed, Medicina Intensiva, Scielo, CINAHL, Google Scholar) de búsqueda bibliográfica y estudios científicos; se ha revisado el histórico de publicaciones de la propia web de Proyecto HU-CI. La búsqueda ha sido de las revisiones sistemáticas y metaanálisis publicadas en los últimos 5 años sobre la temática de estudio. Se realizó la búsqueda en inglés y en español, utilizándose los términos MeSH "Humanism", "Intensive Care Units", "Humanization of healthcare", "ICU" y "HU-CI" utilizando el operador booleano AND.

Una vez realizado el correspondiente cribado, se han seleccionado 15 artículos para llevar a cabo el estudio; 13 artículos obtenidos de las bases de datos consultadas y 2 corresponden a los seleccionados siguiendo el muestreo en bola de nieve.

Resultados y conclusiones:

Se han recopilado varios estudios y trabajos relacionados con la humanización de los cuidados en las unidades de cuidados intensivos (UCI). Se destaca la importancia de centrar la atención en el paciente y la familia, respetando su dignidad y humanidad. Las prácticas de atención centrada en el paciente y la familia, la comunicación efectiva y el apoyo son elementos clave para humanizar la UCI. Existe un creciente interés en la humanización de los cuidados intensivos, y se enfatiza la necesidad de equilibrar el enfoque tecnológico con el respeto por la dignidad de la persona. Se mencionan iniciativas como el Proyecto HU-CI, que busca cambiar el modelo de atención y mejorar la gestión de las UCIs. La relación enfermera-familia, la percepción de humanización por parte de los pacientes y familiares, y la implementación de estrategias basadas en la evidencia son aspectos clave para mejorar la atención en la UCI. En general, se resalta la importancia de la humanización en la UCI para promover la recuperación efectiva, el bienestar del paciente y la satisfacción de la familia.

El personal de Enfermería es actor principal y base de la humanización de los cuidados intensivos al ser la relación enfermera-paciente-familia la que constituye la base de la atención basada en la confianza, el respeto y la empatía. Las enfermeras, al ser protagonistas diarias a pie de cama, son las agentes fundamentales para poner en práctica la humanización de las unidades.

Es por este hecho que desde la administración se debe dotar al personal del refuerzo necesario y la formación competente para poder llevar a cabo este objetivo, además del cuidado del propio personal.

En cuanto al Proyecto HU-CI, se propone como un referente a seguir para llevar la humanización a la UCI de manera estandarizada y con garantías. Se hace necesaria la adecuada evaluación de los protocolos y líneas de actuación que se proponen en HU-CI donde se ha puesto es marcha, pudiendo evaluar la efectividad de este proyecto y aplicar mejoras si fuesen necesarias, basadas en la evidencia.

Bibliografía

1.- Rojas V. HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS INTENSIVOS. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2019 Mar 1 [cited 2023 Apr 12];30(2):120–5. Available from: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-humanizacion-de-los-cuidados-intensivos-S0716864019300240

2.-de la Fuente-Martos C, Rojas-Amezcua M, Gómez-Espejo MR, Lara-Aguayo P, Morán-Fernandez E, Aguilar-Alonso E. Implantación de un proyecto de humanización en una Unidad de Cuidados Intensivos. Med Intensiva [Internet]. 2018 Mar 1 [cited 2023 Apr 12];42(2):99–109. Available from: http://www.medintensiva.org/es-implantacion-un-proyecto-humanizacion-una-articulo-S0210569117302206

3.- Baeza Gómez I, Cynthia L, Hoxsas Q. Proyecto "Humanizando los Cuidados Intensivos", nuevo paradigma de orientación de los Cuidados Intensivos. Rev Bioet Derecho [Internet]. 2020 [cited 2023 Apr 12];(48):111–26. Available from http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872020000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

4.- Velasco Bueno JM, Heras La Calle G, Ortega Guerrero Á, Zaforteza Lallemand C. Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. Manual de buenas prácticas de Humanización en las Unidades de Cuidados Intensivos. 2nd ed. 2019

5.- Secunda KE, Kruser JM. Patient-Centered and Family-Centered Care in the Intensive Care Unit. Clin Chest Med [Internet]. 2022 Sep 1 [cited 2023 Apr 12];43(3):539–50. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36116821/

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 148

Picc, Midline y Ecc, Revisión Bibliográfica

Soto Luna, Juan Francisco
Fernández Expósito, Gemma Mª
Montero Trujillo, Montserrat
Cerrillo Urbina, Alberto
Aguirre Romero, Ana Belén
Bravo Dondarza, Luis

PICC , Midline y ECC en UCI, una revisión bibliográfica.

INTRODUCCIÓN

Cada vez es más frecuente en las Unidades de Cuidados Críticos la presencia de diferentes tipos de accesos vasculares, donde sus indicaciones y cuidados están sostenidos cada día con más evidencia, siendo recomendable una revisión sistemática de los últimos estudios y protocolos vigentes que nos ayuden a determinar cual es la mejor opción disponible para un paciente con necesidades determinadas.

OBJETIVOS

Actualización en dispositivos de acceso vascular para valorar con evidencia enfermera el mejor dispositivo para el paciente dependiendo de sus necesidades y riesgos potenciales.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza una revisión bibliográfica en Pubmed, Cuiden, google academy, sobre protocolos y artículos relacionados con PICC y Midline , en bases científicas contrastadas así como protocolos establecidos.

MIDLINE

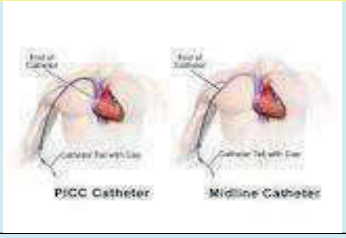
En Cuidados críticos el Midline es la vía de elección cuando se necesite una VAP (Vía de Acceso Periférico) previsto para más de 5/6 días y no disponemos de venas superficiales accesibles/palpables; al ser una técnica que precisa en su inserción ayuda ecográfica, es preferible de poliuretano, 4Fr de unos 20-25 cm de longitud. De silicona está desaconsejado por riesgo de rotura, al igual que se desaconseja dispositivos valvulados por su alta incidencia de mal funcionamiento. Aumenta su éxito si es ecoguiada la inserción (1A) y preferiblemente en venas profundas (basílica y braquial) mediante Seldinger directo o modificado, pueden llegar a durar meses si se realiza un cuidado adecuado. Es decir, es ideal en casos particulares como en pacientes sépticos donde un CVC suponga rápida colonización del mismo.

Su indicación es ideal en los casos en los que el paciente necesite hidratación, analgesia.. no requiriendo analíticas frecuentes ni administración de fármacos con pH <5 o >9 u osmolaridad >800 mOsm/l.

PICC

-En el paciente de cuidados intensivos va a requerir un PICC cuando:

- Se le administren fármacos con Ph>9 o <5, ó con osmolridad >600 mOsm/l (DVA, ATB..)
- NPT con osmolaridad >800 mOsm/l
- Extracción de sangre frecuente
- Administración IV rápida de líquidos con el objetivo de hidratar (Altos flujos).
- Monitorización hemodinámica (PVC, Sat O2 en sangre venosa mixta).
- Procedimientos de diálisis/aféresis/hemofiltración (poco descrito).



ECC (Catéter epicutáneo caval) Vs Eco-PICC	
Neonatos	Niños
Inserción directa o con NIR	Ecoguía
Venas superficiales	Venas profundas de brazo
Punta no siempre en posición central	Punta en unión cavo-atrial
Calibre 1-2.7 Fr	3Fr o mayor
Bajos flujos	Altos flujos (Power inyector)
No apto monitorización hemodinámica	Apto monitorización hemodinámica
No apto extracción de sangre	Apto extracción de sangre

El midline encuentra un menor ámbito de indicaciones en el paciente pediátrico, siendo en caso de que sea necesario un acceso periférico estable sin que se requiera monitorización hemodinámica ni extracciones frecuente de sangre.

CONCLUSIONES:

La enfermería avanza a pasos agigantados, y es muy común estar rodeados de material de acceso venoso de reciente incorporación y es vital para en paciente y fundamental para nuestra profesión saber distinguirlos y conocer las características de los mismos para así poder ofrecer a nuestros pacientes el acceso vascular más idóneo para ellos.

SATSE

sescam

Hospital General Universitario de Ciudad Real

Resumen: Debido a los últimos avances en accesos venosos y los dispositivos que los sustentan es fundamental la actualización y formación de cada uno de ellos, realizándose una exhaustiva revisión bibliográfica en las principales bases de datos, revistas de impacto y protocolos.

Una vez que conozcamos las características, ventajas e inconvenientes de cada uno, es cuándo podremos ofrecer a nuestros pacientes la mejor opción disponible para su circunstancia concreta, actuando así con el respaldo profesional de la enfermería basada en evidencia, a la vez que un trato óptimo para el paciente, así como la mayor eficiencia en gasto sanitario.

Palabras Clave: Infección, Plexo braquial, Nutrición parenteral

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Cada vez es más frecuente en las Unidades de Cuidados Críticos la presencia de diferentes tipos de accesos vasculares, donde sus indicaciones y cuidados están sostenidos cada día con más evidencia, siendo recomendable una revisión sistemática de los últimos estudios y protocolos vigentes que nos ayuden a determinar cuál es la mejor opción disponible para un paciente con necesidades determinadas.

Objetivos:

Actualización en dispositivos de acceso vascular para valorar con evidencia enfermera el mejor dispositivo para el paciente dependiendo de sus necesidades y riesgos potenciales.

Material y Métodos:

Se realiza una revisión bibliográfica en Pubmed, Cuiden, google academy, sobre protocolos y artículos relacionados con PICC y Midline , en bases científicas contrastadas, así como protocolos establecidos.

Resultados:

MIDLINE

En *Cuidados críticos* el Midline es la vía de elección cuando se necesite una VAP (Vía de Acceso Periférico) previsto para más de 5/6 días y no disponemos de venas superficiales accesibles/palpables; al ser una técnica que precisa en su inserción ayuda ecográfica, es preferible de poliuretano, 4Fr de unos 20-25 cm de longitud. De silicona está desaconsejado por riesgo de rotura, al igual que se desaconseja dispositivos valvulados por su alta incidencia de mal funcionamiento. Aumenta su éxito si es ecoguiada la inserción (1A) y preferiblemente en venas profundas (basílica y braquial) mediante Seldinger directo o modificado, pueden llegar a durar meses si se realiza un cuidado adecuado. Es decir, es ideal en casos particulares como en pacientes sépticos donde un CVC suponga rápida colonización del mismo.

Su indicación es ideal en los casos en los que el paciente necesite hidratación, analgesia. no requiriendo analíticas frecuentes ni administración de fármacos con pH <5 o >9 u osmolaridad >800 mOsm/l.

En *Pacientes pediátricos* el Midline es ideal cuando hay limitación en cuanto visualización y canalización de venas superficiales y si es oportuno e indicado la utilización de una técnica que minimice e impida un implante de acceso venoso. En este tipo de paciente no deben tener necesidad de monitorización hemodinámica ni extracciones sanguíneas frecuentes, al igual que no se puede utilizar para administras NPT ni fármacos con Ph superior a 9 o inferior a 5, ni vesicantes o irritantes.

En cuanto a *Pacientes en domicilio* es ideal en pacientes que necesiten hidratación y administración de analgesia para un periodo de tiempo limitado. Siendo no candidatos aquellos que requieran quimioterapia antiblástica, ni nutrición parenteral, ni aquellas infusiones de fármacos que dañen endotelio vascular.

PICC

-A diferencia del Midline, el PICC es un acceso venos central, también se inserta de manera periférica, pero situándose la punta en la unión cavoatrial.

-En el paciente de cuidados intensivos va a requerir un PICC cuando

- Se le administre fármacos con Ph>9 o <5, ó con osmolridad >600 mOsm/l (DVA, ATB...)
- NPT con osmolaridad >800 mOsm/l
- Extracción de sangre frecuentes
- Administración IV rápida de líquidos con el objetivo de hidratar (Altos flujos)
- Monitorización hemodinámica (PVC, Sat O2 en sangre venosa mixta)
- Procedimientos de diálisis/aféresis/hemofiltración (poco descrito)

Respecto al paciente pediátrico hay que considerar las diferencias funcionales de los accesos vensosos más utilizados:

ECC (Catéter epicutáneo caval) Vs Eco-PICC	
Neonatos	Niños
Inserción directa o con NIR	Ecoguía
Venas superficiales	Venas profundas de brazo
Punta no siempre en posición central	Punta en unión cavo-atrial
Calibre 1-2.7 Fr	3Fr o mayor
Bajos flujos	Altos flujos (Power inyector)
No apto monitorización hemodinámica	Apta monitorización hemodinámica
No apto extracción de sangre	Apta extracción de sangre

El midline encuentra un menor ámbito de indicaciones en el paciente pediátrico, siendo en caso de que sea necesario un acceso periférico estable sin que se requiera monitorización hemodinámica ni extracciones frecuente de sangre.

Accesos vasculares en el paciente en domicilio.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 149

Plasma Rico en Factores de Crecimiento para Agujero Macular

Mena Pedraza, Nuria
García Fernández, Carmen
del Olmo Montero, Óscar
Calatrava Muñoz, Rosa María
Mora Hidalgo, María de los Reyes
Espinar Ochoa, Ana

XIV Congreso de Investigación SATSE Ciudad Real

PLASMA RICO EN FACTORES DE CRECIMIENTO PARA AGUJERO MACULAR -ENDORET-

MENA PEDRAZA, NURIA. GARCIA FERNANDEZ, CARMEN. DEL OLMO MONTERO, OSCAR. CALATRAVA MUÑOZ, ROSA MARIA. MORA HIDALGO, MARIA DE LOS REYES. ESPINAR OCHOA, ANA

INTRODUCCION

La técnica quirúrgica oftalmológica de ENDORET es un sistema que obtiene plasma rico en factores de crecimiento para la prevención de patologías de la superficie ocular y la regeneración de dicho tejido. Es rápida y sencilla de preparar y tiene un alto potencial anti-fibrótico favoreciendo así la transparencia corneal y protegiendo de las cicatrices corneales.

También es usada en la cirugía del agujero macular intervenida mediante una vitrectomía en la que se realiza un pelado de la membrana limitante interna de la retina y un taponamiento con gas. En concreto, el PRGF-Endoret consigue un alto porcentaje de cierre de los agujeros maculares. El coagulo de fibrina sella la superficie de la retina por un tiempo liberando los factores que facilitan el cierre del agujero.

OBJETIVO

- Conocer la técnica de preparado de este tratamiento para llevarlo a cabo de manera correcta.
- Mejorar la calidad visual de los pacientes que padezcan alguna patología ocular macular que pueda beneficiarse de este tratamiento

OBSERVACION CLINICA

Mujer de 80 años, pseudofáquica, que acude a Urgencias refiriendo visión borrosa. Tras la exploración ocular y una Tomografía de Coherencia Óptica en la que se observa un agujero macular [figura1] ,se realiza vitrectomía del polo posterior, pelado de la membrana epirretiniana y limitante interna, aplicando mediante ENDORET plasma rico en factores de crecimiento en el agujero macular .

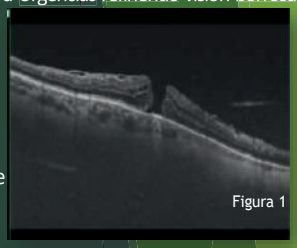


Figura 1

TÉCNICA DE ENFERMERÍA

1. Explicar la intervención a la paciente.
2. Extracción de sangre con guantes manipulando los tubos lo menos posible invirtiendo éstos 4-6 veces para conseguir una mezcla apropiada del aditivo y la sangre.
3. Centrifugación inmediata de los tubos en un máximo de una hora tras la extracción. Así aseguramos todas las propiedades del plasma.
4. Tras la centrifugación, la sangre se separa en 3 componentes [figura 2] y se marca una línea en el tubo de extracción que indique el limite de la capa leucocitaria.
5. Se procede al fraccionamiento del plasma extrayéndolo de cada tubo mediante el uso del material que la casa comercial nos facilita y se aspira la fracción 1 repitiendo lo mismo con la fracción 2 hasta el limite de los leucocitos.

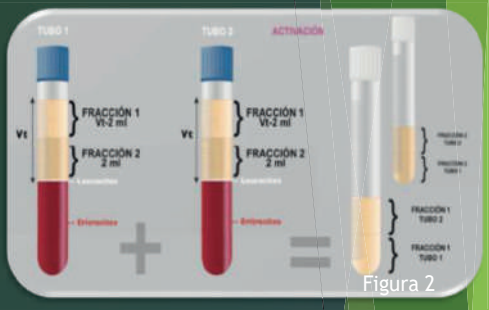


Figura 2

6. Se añade el activador PRGF-Endoret para la obtención del plasma rico en plaquetas y, tras esto, se coloca el plasma de cada fracción en un equipo de calor manteniendo una temperatura de 37º para su correcta activación. Después se envasa en los dispositivos de aplicación. El PRGF se debe almacenar en un congelador a -15ºC , debiendo trasladarse a la nevera al menos 8 horas antes.
7. Al inicio de la cirugía, se prepara el campo quirúrgico y se prepara el anestésico. Una vez comenzada la vitrectomía y, tras realizar el pelado de la membrana, se coge con una jeringa estéril el plasma rico en plaquetas que el facultativo aplicará en el agujero.
8. Finalizada la cirugía, el personal de enfermería ocluye el ojo al paciente que deberá tener tapado durante 24h.

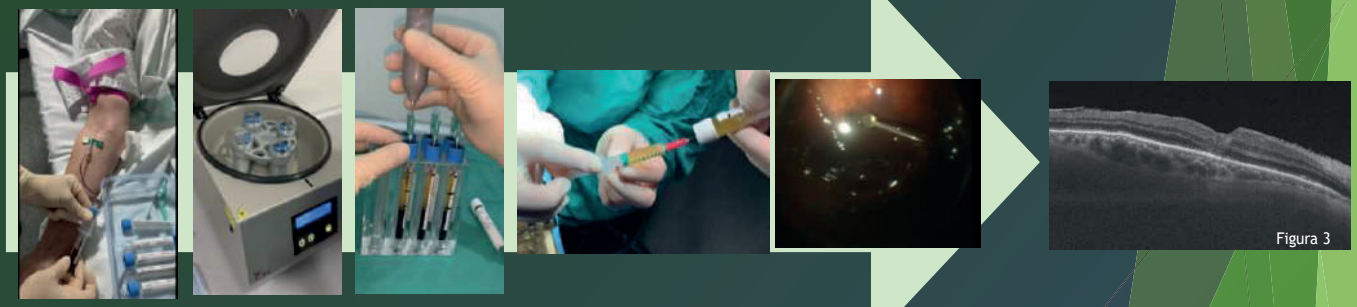


Figura 3

CONCLUSIONES

Semanas después de la cirugía, el personal de enfermería realiza a la paciente una Tomografía de Coherencia Óptica en la que se aprecia el cierre del agujero macular [figura3] .Como conclusión , el plasma rico en factores de crecimiento puede ser un buen tratamiento para el agujero macular si el procedimiento de preparación se lleva a cabo de manera correcta.

Actualmente, la paciente tiene buena calidad visual y continua con sus revisiones periódicas.

BIBLIOGRAFIA

1. PRGF-Endoret en el tratamiento quirúrgico del agujero de mácula - Instituto Oftalmológico Recoletas [Internet]. Instituto Oftalmológico Recoletas. 2022 [citado el 9 de junio de 2023]. Disponible en: https://iorecoletas.com/enfermedades-y-tratamientos/retina-y-vitreo/prgf-endoret-en-el-tratamiento-quirurgico-del-agujero-de-macula/
2. Hernández Martínez Rocío, Ramos López Meisy, Rodríguez Rodríguez Violeta, Velázquez Villares Yolanda, Martínez Fernández Carmen Rosa. Nuevas tendencias en el manejo quirúrgico del agujero macular. Rev Cubana Oftalmol [Internet]. 2018 Mar [citado 2023 Jun 09] ; 31(1): 123-131. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762018000100012&lng=es.
3. Gea-Navarrete S, Montero-Hernández M, Gallego-Lago I, Santiuste-Román A, Montesinos-Ortí S, Soler-Company E. Resultados en salud y aspectos farmaco-económicos del tratamiendo con PRGF-Endoret en ojo seco. Rev. OFIL-ILAPHAR [Internet]. 2021 Dic [citado 2023 Jun 10] ; 31(4): 357-360. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-714X2021000400006&lng=es. Epub 19-Sep-2022. https://dx.doi.org/10.4321/s1699-714x2021000400006.

Resumen: El agujero macular se produce por una tracción del vitreo el cual, al contraerse, tira del centro de la retina hasta producir un agujero en la zona que corresponde con el centro de la visión. El tratamiento es quirúrgico y si se realiza en los primeros estadios de la enfermedad tiene muy buenos resultados. Una de las técnicas para reducir el agujero macular que está teniendo muy buen funcionamiento es el de Endoret cuyo sistema obtiene un plasma rico en factores de crecimiento que ayuda a cerrar el agujero y mejorar así la visión de los pacientes

Palabras Clave: Agujero Macular, Endoret, Vitrectomía

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La técnica quirúrgica oftalmológica de ENDORET es un sistema que obtiene plasma rico en factores de crecimiento para la prevención de patologías de la superficie ocular y la regeneración de dicho tejido. Es rápida y sencilla de preparar y tiene un alto potencial anti-fibrótico favoreciendo así la transparencia corneal y protegiendo de las cicatrices corneales.

También es usada en la cirugía del agujero macular intervenida mediante una vitrectomía en la que se realiza un pelado de la membrana limitante interna de la retina y un taponamiento con gas. En concreto, el PRGF-Endoret consigue un alto porcentaje de cierre de los agujeros maculares. El coagulo de fibrina sella la superficie de la retina por un tiempo liberando los factores que facilitan el cierre del agujero.

Objetivos:

- Conocer la técnica de preparado de este tratamiento para llevarlo a cabo de manera correcta.

- Mejorar la calidad visual de los pacientes que padezcan alguna patología ocular macular que pueda beneficiarse de este tratamiento

Metodología:

Este trabajo centra la recopilación de toda la información de varias fuentes de libros y artículos publicados en los últimos cinco años y de un caso clínico hospitalario.

La recogida de información se realizó durante el mes de abril de 2023 en base de datos como Pubmed, Scielo, entre otros artículos de otras bases de datos de páginas web y también se usaron guías y libros relacionados con el tratamiento del agujero macular.

En esta selección bibliográfica se ha tenido como criterios de inclusión palabras como Endoret, agujero macular, vitrectomía, plasma rico en factores de crecimiento, siendo de exclusión artículos publicados hace más de cinco años.

Observación Clínica:

Mujer de 80 años, pseudofáquica, intervenida en 2010 de cirugía de cataratas en ojo derecho y posterior desprendimiento de retina en ese mismo ojo hace diez años acude a Urgencias refiriendo visión borrosa. Tras la exploración ocular y una Tomografía de Coherencia Óptica en la que se observa un agujero macular. Se realiza vitrectomía de polo posterior, pelado de membrana epirretiniana y limitante interna, aplicando mediante ENDORET plasma rico en factores de crecimiento en el agujero macular.

TECNICA Y PROCEDIMIENTO ENFERMERO

1. Explicar la intervención a la paciente.

2. Extracción de sangre con guantes manipulando los tubos lo menos posible invirtiendo éstos 4-6 veces para conseguir una mezcla apropiada del aditivo y la sangre.

3. Centrifugación inmediata de los tubos en un máximo de una hora tras la extracción. Así aseguramos todas las propiedades del plasma.

4. Tras la centrifugación, la sangre se separa en 3 componentes y se marca una línea en el tubo de extracción que indique el límite de la capa leucocitaria.

5. Se procede al fraccionamiento del plasma extrayéndolo de cada tubo mediante el uso del material que la casa comercial nos facilita y se aspira la fracción 1 repitiendo lo mismo con la fracción 2 hasta el límite de los leucocitos.

6. Se añade el activador PRGF-Endoret para la obtención del plasma rico en plaquetas y, tras esto, se coloca el plasma de cada fracción en un equipo de calor manteniendo una temperatura de 37º para su correcta activación. Después se envasa en los dispositivos de aplicación. El PRGF se debe almacenar en un congelador a -15ºC , debiendo trasladarse a la nevera al menos 8 horas antes.

7. Al inicio de la cirugía, se prepara el campo quirúrgico y se prepara el anestésico. Una vez comenzada la vitrectomía y, tras realizar el pelado de la membrana, se coge con una jeringa estéril el plasma rico en plaquetas que el facultativo aplicará en el agujero.

8. Finalizada la cirugía, el personal de enfermería ocluye el ojo al paciente que deberá tener tapado durante 24h.

Discusión y Conclusiones:

Semanas después de la cirugía, el personal de enfermería realiza a la paciente una Tomografía de Coherencia Óptica en la que se aprecia el cierre del agujero macular. Como conclusión , el plasma rico en factores de crecimiento puede ser un buen tratamiento para el agujero macular si el procedimiento de preparación se lleva a cabo de manera correcta.

Actualmente, la paciente tiene buena calidad visual y continua con sus revisiones periódicas.

Bibliografía

1.- PRGF-Endoret en el tratamiento quirúrgico del agujero de mácula - Instituto Oftalmológico Recoletas [Internet]. Instituto Oftalmológico Recoletas. 2022 [citado el 9 de junio de 2023]. Disponible en: https://iorecoletas.com/enfermedades-y-tratamientos/retina-y-vitreo/prgf-endoret-en-el-tratamiento-quirurgico-del-agujero-de-macula/

2.- Hernández Martínez Rocío, Ramos López Meisy, Rodríguez Rodríguez Violeta, Velázquez Villares Yolanda, Martínez Fernández Carmen Rosa. Nuevas tendencias en el manejo quirúrgico del agujero macular. Rev Cubana Oftalmol [Internet]. 2018 Mar [citado 2023 Jun 09] ; 31(1): 123-131. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762018000100012&lng=es.

3.- Gea-Navarrete S, Montero-Hernández M, Gallego-Lago I, Santiuste-Román A, Montesinos-Ortí S, Soler-Company E. Resultados en salud y aspectos farmaco-económicos del tratamiendo con PRGF-Endoret en ojo seco. Rev. OFIL•ILAPHAR [Internet]. 2021 Dic [citado 2023 Jun 10] ; 31(4): 357-360. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-714X2021000400006&lng=es. Epub 19-Sep-2022. https://dx.doi.org/10.4321/s1699-714x2021000400006.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 150

Porteo Ergonómico

Campos García, Ana

PORTEO ERGONÓMICO

Campos García, Ana
Enfermera. Hospital Comarcal de Laredo

INTRODUCCIÓN: El porteo es un sistema de transporte del bebé que asegura un contacto constante entre el bebé que es porteado y la persona que lo portea. Actualmente se está extendiendo cada vez mas entre la población esta forma de transporte, pero a veces nos encontramos que se desconocen los dispositivos adecuados, su correcto uso, así como los beneficios que tiene para el bebé y el porteador.

OBJETIVO: Conocer el porteo ergonómico y sus beneficios.

METODOLOGIA: Realización de una revisión bibliográfica en las principales bases de datos como CUIDEN y PUBMED, así como una búsqueda libre en Google académico; se seleccionaron los artículos relacionados con la temática entre los años 2000-2023.

PALABRAS CLAVE: Porteo, portabebés, método madre canguro, apego.

RESULTADOS: El porteo es un sistema de transporte alternativo al cochecito, el cual se caracteriza por un contacto constante entre el bebé y el adulto que lo portea. Originalmente serían los brazos el método natural para el porteo, pero en este caso el bebé se lleva sujeto al cuerpo del porteador mediante un fular o mochila de porteo. No hay límite de edad o peso que desaconseje su uso, pero si que debe ser ergonómico para que se puedan aprovechar todos sus beneficios, es decir, debe respetar la fisiología y fisionomía del bebé y el adulto. Actualmente este sistema de transporte está en auge por la comodidad de mantener las manos libres y los diversos beneficios que tiene para el bebé y el adulto.

BENEFICIOS PARA EL BEBÉ	BENEFICIOS PARA EL ADULTO
Previene y trata la plagiocefalia y la displasia de caderas.	Aumenta la autonomía y la movilidad.
Fomenta el apego seguro.	Favorece la lactancia materna.
Favorece el desarrollo físico y neuronal adecuado (cadera, columna, tono muscular…)	Menor prevalencia de depresión postparto.
Disminuye horas de llanto.	Ayuda a una buena higiene postural.
Tranquilidad y sensación de seguridad.	Protege el suelo pélvico.
Mejora la calidad del sueño.	Mejora la autoestima como cuidador.
Favorece la lactancia materna.	Favorece la rutina diaria de los padres.

A la hora de portear debemos de garantizar un adecuado porteo siendo las claves: en posición de ranita o M, con una apertura de las caderas de 90-120º y flexión de las piernas de 45-55º. La espalda en C; la zona cervical sostenida; cadera basculada; cabeza ladeada con vías aéreas abiertas y la altura del bebé debe quedar por debajo de la barbilla del porteador.

CONCLUSIONES: El porteo ergonómico es una alternativa de transporte frente a los mas comunes y actualmente está ganando mas seguidores debido a los diversos beneficios que tiene, pero debe de realizarse siempre de manera adecuada y segura para podernos beneficiar tanto bebé como porteador de sus ventajas. Finalmente recordar que existen diversos portabebés ergonómicos como: fular, fular elástico, bandolera, Mei Tai, mochila ergonómica y Pouch, Tonga o Suppori.

BIBLIOGRAFIA:

- López Acuña ES, Salmerón Ruiz MA. El porteo ergonómico. Pediatr Integral. 2014; XVIII (10): 774-780
- Martín-Martín R, Efigenia Fajardo-Hervás B, Agea-Cano I. ¿Qué ventajas e inconvenientes presenta el porteo ergonómico del bebé? Paraninfo Digital. 2019; XIII (29): e058
- Merlo Longhi ME. Porteo. Med Natur. 2014; 8 (2): 37-40

Resumen: El porteo es un sistema de transporte del bebé que asegura un contacto constante entre el bebé que es porteado y la persona que lo portea. Actualmente se está extendiendo cada vez más entre la población, pero a veces nos encontramos que se desconocen los dispositivos adecuados, su correcto uso, así como los beneficios que tiene para el bebé, entre ellos podemos destacar fomentar el apego seguro, favorecer la lactancia materna y favorecer el desarrollo físico y neuronal adecuado y en el porteador mejora la autoestima como cuidador, aumenta la autonomía y la movilidad.

Palabras Clave: Método Madre Canguro, Apego, Porteo

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El porteo es un sistema de transporte del bebé que asegura un contacto constante entre el bebé que es porteado y la persona que lo portea. Actualmente se está extendiendo cada vez más entre la población esta forma de transporte, pero a veces nos encontramos que se desconocen los dispositivos adecuados, su correcto uso, así como los beneficios que tiene para el bebé y el porteador.

Objetivos:

Conocer el porteo ergonómico y sus beneficios.

Metodología:

Realización de una revisión bibliográfica en las principales bases de datos como CUIDEN y PUBMED, así como una búsqueda libre en Google académico; se seleccionaron los artículos relaciones con la temática entre los años 2000-2023.

PALABRAS CLAVE: Porteo, portabebés, método madre canguro, apego.

Resultados:

El porteo es un sistema de transporte alternativo al cochecito, el cual se caracteriza por un contacto constante entre el bebé y el adulto que lo portea. Originalmente serían los brazos el método natural para el porteo, pero en este caso el bebé se lleva sujeto al cuerpo del porteador mediante un fular o mochila de porteo. No hay límite de edad o peso que desaconseje su uso, pero sí que debe ser ergonómico para que se puedan aprovechar todos sus beneficios, es decir, debe respetar la fisiología y fisionomía del bebé y el adulto. Actualmente este sistema de transporte está en auge por la comodidad de mantener las manos libres y los diversos beneficios que tiene para el bebé y el adulto.

Beneficios:

1. Para el bebé:

• Previene y trata la plagiocefalia y la displasia de caderas.

• Fomenta el apego seguro.

• Favorece el desarrollo físico y neuronal adecuado (cadera, columna, tono muscular…)

• Disminuye las horas de llanto.

• Tranquilidad y sensación de seguridad.

• Mejora la calidad del sueño.

• Favorece la lactancia materna.

2. Para el adulto:

• Aumenta la autonomía y la movilidad.

• Favorece la lactancia materna.

• Menor prevalencia de depresión postparto.

• Ayuda a una buena higiene postural.

• Protege el suelo pélvico.

• Mejora la autoestima como cuidador.

• Favorece la rutina diaria de los padres.

Claves para un porteo ergonómico:

• Posición de ranita o M: Apertura de las caderas con 90-120 grados y 45-55 grados de flexión de las piernas.

• Espalda formando una C.

• Zona cervical sostenida si es menor de 4 meses o está durmiendo.

• Cadera basculada, el peso carga sobre el periné.

• Cabeza ladeada, vías aéreas abiertas y sin nada que cubra la cara.

• "Altura del beso": Para asegurarnos que el bebé está bien sujeto, el bebé debe quedar por debajo de la barbilla del porteador, pero que llegue a darle un beso en la cabeza.

Conclusiones:

El porteo ergonómico es una gran alternativa de transporte frente a los más comunes y actualmente está ganando más seguidores debido a los diversos beneficios que tiene, pero debe de realizarse siempre de manera adecuada y segura para podernos beneficiar tanto bebé como porteador de sus ventajas. Finalmente recordar que existen diversos portabebeses ergonómicos entre ellos: fular, fular elástico, bandolera, Mei Tai, mochila ergonómica y Pouch, Tonga o Suppori; los 3 primeros se pueden usar desde el nacimiento, pero los 3 últimos desde que el bebé comience a sentarse solo.

Bibliografía

1.- López Acuña ES, Salmerón Ruiz MA. El porteo ergonómico. Pediatr Integral. 2014; XVIII (10): 774-780

2.- Martín-Martín R, Efigenia Fajardo-Hervás B, Agea-Cano I. ¿Qué ventajas e inconvenientes presenta el porteo ergonómico del bebé? Paraninfo Digital. 2019; XIII (29): e058

3.- Merlo Longhi ME. Porteo. Med Natur. 2014; 8 (2): 37-40

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 151

Power–Pumping: Extracción Poderosa.

Manzaneque López, Gemma
Tentea, Laura Luminita
Díaz Gallego, César
López Ruiz, Cecilia María

POWER PUMPING: EXTRACCIÓN PODEROSA

Manzaneque López G; Tentea Laura L; Diaz Gallego C; López Ruiz C.M: Enfermería especializada en obstetricia-ginecología y enfermería.

XIV Congreso de Investigación SATSE. Ciudad Real.

INTRODUCCIÓN

La técnica de power pumping o extracción poderosa la comenzó a utilizar Catherine Watson. En España este método lo populariza la matrona Inma Marcos. Esta técnica consiste en estimular el pecho "bombeándolo" mediante la utilización de técnicas estandarizados con un sacaleches; lo que busca es aumentar y remontar la producción de leche poniendo a prueba a la glándula mamaria la cual producirá picos de prolactina evitando que caigan a su nivel básico.

Sólo se debe utilizar en casos:

- El bebé ha perdido peso de forma excesiva.
- Madre de gemelos/mellizos o más.
- La madre decide restablecer la lactancia materna tras un período sin amamantar, bien sea por decisión propia o por necesidad.
- Madres de bebés prematuros o enfermos ingresados en el servicio de neonatología a las que se les solicite un rápido aumento del suministro de leche materna en poco tiempo para sus hijos.
- Bebés en huelga de lactancia materna transitoria, durante la cual la madre ha realizado pocas extracciones.

METODOLOGÍA

OBJETIVO 1

Determinar el método power pumping como una técnica eficaz para aumentar rápidamente la producción de leche en aquellas madres que lo necesiten.

OBJETIVO 2

Demostrar mediante la evidencia la efectividad de los diferentes técnicas/ método de extracción en base a las necesidades de las madres lactantes.

MATERIAL / MÉTODO

Revisión bibliográfica de la literatura sobre la eficacia del power pumping y las diferentes técnicas de extracción. Para ello se consultó la base de datos Uptodate. La búsqueda se limitó a aquellos artículos con menos 10 años, en inglés o español y con el resumen disponible. Se descartaron aquellos artículos que no tenían ninguna relación con el estudio.

RESULTADOS

Tras el análisis de los artículos seleccionados, son pocas las diferencias entre la utilización de una técnica de extracción y otra. Todas dan como resultado la activación de la glándula mamaria elevando los niveles de prolactina y disminuyendo el factor inhibidor de la lactancia (FIL). De modo que se elegirá la que más se ajuste a la situación de la madre lactante.

El **procedimiento de extracción más extendido es** durante al menos 2-3 días, extraer leche de ambos pechos durante 10 minutos, cada hora, con descansos de 5 minutos. Por la noche espaciar la extracción al menos 4 horas-descanso nocturno.

Cuando se ha empleado power pumping durante 48-72 horas muy frecuentemente más las tomas propias del bebé y no se ha logrado al menos unos 100 ml/día en total, se debe sospechar de una hipogalactia. Sólo ocurrirá en un 3-5% de los casos.

CONCLUSIÓN

El power pumping o extracción poderosa es una técnica que pretende aumentar la producción láctea, imitando las fases en racimo del bebé gracias al bombeo de la mama con sacaleches, consiguiendo más producción de prolactina y por tanto de leche. Es un método eficaz, exigente e individualizado, ya que requiere de mucho tiempo junto con el amamantamiento del bebé a demanda. Es una técnica que no se debe recomendar a todo el mundo, por ello que requiere personal cualificado. Sanitarios presentes en el binomio madre-hijo que favorezcan el proceso de lactancia materna y busquen respuestas para la resolución de problemas que dificulten la instauración de la misma.

BIBLIOGRAFÍA

Resumen: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la lactancia materna (LM) es la manera más eficaz de garantizar la salud de nuestros bebés. Durante los primeros 6 meses aporta, de manera exclusiva, los nutrientes y energía necesarios. A partir del sexto mes, complementa la mitad de las necesidades nutricionales y durante el segundo año, aporta hasta un tercio. Si embargo, en ciertas circunstancias, alcanzar una LM productiva se hace complicado. Power Pumping o extracción poderosa, es una técnica que ayuda al aumento de producción de leche. Existen profesionales sanitarios expertos en esta técnica, cuya importancia se hace relevante.

Palabras Clave:Pumping; Prolactin; Breast Feeding - Extración poderosa; prolactina; lactancia materna

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La técnica de power pumping o extracción poderosa la comenzó a utilizar Catherine Watson. En España este método lo populariza la matrona Inma Marcos. Esta técnica consiste en estimular el pecho "bombeándolo" mediante la utilización de técnicas estandarizados con un sacaleches; lo que busca es aumentar y remontar la producción de leche poniendo a prueba a la glándula mamaria la cual producirá picos de prolactina evitando que caigan a su nivel básico. Sólo se debe utilizar en casos específicos como la pérdida de peso excesiva del bebé; madres de gemelos o más bebés; madres de bebés prematuros a las que se les solicite un rápido aumento del suministro de leche materna en poco tiempo; tras un periodo sin amamantar; y bebés en huelga de lactancia materna transitoria, durante la cual la madre ha realizado pocas extracciones.

Objetivos:

- Determinar el método *power pumping* como una técnica eficaz para aumentar rápidamente la producción de leche en aquellas madres que lo necesiten.

- Demostrar mediante la evidencia la efectividad de las diferentes técnicas de extracción en base a las necesidades de las madres lactantes.

Metodología:

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura sobre la eficacia del power pumping y las diferentes técnicas de extracción. Para ello se consultó la base de datos Uptodate. La búsqueda se limitó a aquellos artículos realizados desde 2013, en inglés o español y con el resumen disponible. Se descartaron aquellos artículos que no tenían ninguna relación con los conceptos, métodos y propósito de este estudio

Resultados:

E Tras el análisis de los artículos seleccionados, son pocas las diferencias entre la utilización de una técnica de extracción y otra. Todas dan como resultado la activación de la glándula mamaria elevando los niveles de prolactina y disminuyendo el factor inhibidor de la lactancia (FIL). De modo que se elegirá la que más se ajuste a la situación de la madre lactante.

El procedimiento de extracción más extendido es durante al menos 2-3 días, extraer leche de ambos pechos durante 10 minutos, cada hora, con descansos de 5 minutos. Por la noche espaciar la extracción al menos 4 horas-descanso nocturno.

Cuando se ha empleado power pumping durante 48-72 horas muy frecuentemente más las tomas propias del bebé y no se ha logrado al menos unos 100 ml/día en total, se debe sospechar de una hipogalactia. Sólo ocurrirá en un 3-5% de los casos.

Conclusiones:

El power pumping o extracción poderosa es una técnica que pretende aumentar la producción láctea, imitando las fases en racimo del bebé gracias al bombeo de la mama con sacaleches, consiguiendo más producción de prolactina y por tanto de leche. Es un método eficaz, exigente e individualizado, ya que requiere de mucho tiempo junto con el amamantamiento del bebé a demanda. Es una técnica que no se debe recomendar a todo el mundo, por ello que requiere personal cualificado. Sanitarios presentes en el binomio madre-hijo que favorezcan el proceso de lactancia materna y busquen respuestas para la resolución de problemas que dificulten la instauración de la misma.

Bibliografía

1.- Joan y Meek, MD, MS. Beneficios de lactancia materna para bebés [Internet]. Uptodate. Noviembre 2021. Disponible en: https://www-uptodate-com.m-hmos.a17.csinet.es/contents/infant-benefits-of-breastfeeding?search=lactancia%20materna&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4

2.- Marcos I. Extracción poderosa [Internet]. Mutua_terrasa. Diciembre 2014. Disponible en: http://www.axiomasalud.es/pfw_files/cma/mutua_terrassa/noticias/Extraccion%20Poderosa_Inma%20Marcos.pdf

3.- Gleen A, CVX. Bombeo eléctrico para aumentar el suministro de leche [Internet]. Uptodate. Junio 2021. Disponible en: https://exclusivepumping.com/power-pumping/

4.- Morton J, Hall JY, Wong RJ, Thairu L, Benitz WE, Rhine WD. Combining hand techniques with electric pumping increases milk production in mothers of preterm infants. J Perinatol. Uptodate. 2019 Nov;29(11):757-64. doi: 10.1038/jp.2019.87. Epub 2019 Jul 2. PMID: 19571815.

5.- Lactapp. Métodos de extracción poderosa [Internet]. Lactapp. Enero 2018. Recuperado a partir de: https://blog.lactapp.es/metodos-extraccion-poderosa/

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 152

PR/ Scacest en Síndrome de Takotsubo

Escobar Sorando, Ana
Gonzalez Lara, Gema
Mora Mora, Maria Yolanda
Martín Díaz, Ana

PR/ SCACEST EN SÍNDROME DE TAKOTSUBO

Escobar Sorando A, Gonzalez Lara G, Mora Mora MY, Martín Díaz A.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Tako-tsubo es una miocardiopatía aguda, reversible, capaz de producir los mismos síntomas que un infarto, con elevación de biomarcadores y alteraciones electrocardiográficas isquémicas. En los estudios por imágenes se destaca una alteración importante en la contractilidad ventricular izquierda, en ausencia de enfermedad coronaria obstructiva. Afecta sobre todo a mujeres postmenopáusicas y se estima que tiene una incidencia del 1-2% de todos los casos con sospecha de síndrome coronario agudo. Característicamente, aparece tras un estrés emocional o físico .
El paro cardíaco tiene una prevalencia alta (5.9%).
La importancia de identificar este síndrome radica en que su presentación simula un IAM, sin embargo su evolución, pronóstico y tratamiento es distinto.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

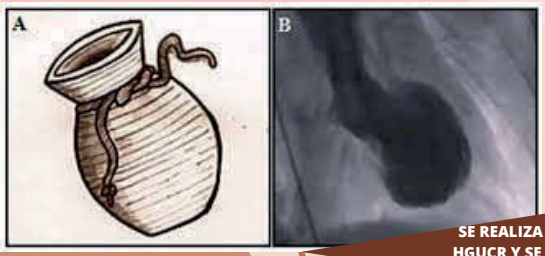
Paciente de 44 años sin AP de interés en tto con ACO, avisan de clínica dental por paciente inconsciente. LLegada uvi móvil encontrándose a paciente inconsciente, ventilación espontánea, ruidosa, cianosis y lividece s.
Ctes vitales a nuestra llegada: TA 77/55, FC 130, SatO2 84%, FR 18, Tª 36º C. A los pocos minutos PR colocando mascarilla laríngea con SatO2 96% y TA 97/55 , evidenciando en ECG SCACEST, se activa *CORECAM*
Objetivos de Enfermería:

1. El objetivo de este caso clínico es dar a conocer la importancia del papel que ocupan los profesionales de enfermería ante una situación de urgencia y emergencia, en la que además de obtener la estabilización in situ, es necesario, establecer un plan de cuidados.
2. Asegurarse de que el traslado se realice con las mayores medidas de seguridad para la integridad del paciente.
3. Control del dolor, manejo y permeabilidad de la vía aérea.



PAE

NANDA	NOC	NIC
00032 Patrón respiratorio ineficaz r/c hipoxemia e hipoxia manifestado por letargia. 0033 Deterioro de la ventilación espontánea. 0031 Limpieza ineficaz vía aérea.	403 Estado respiratorio: ventilación. 410 Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias 802 Estado de los signos vitales 1402 Control de la ansiedad 415 Estado respiratorio	3160 Administrar oxígeno y aspiración vía aérea. 3350 Monitorización respiratoria. 41508 Valorar la saturación de O2. 4232 Obtención de muestra sangre. 3140 Manejo de la vía aérea. 3120 Intubación y estabilización de vía aérea. 6200 Cuidados de la emergencia 6680 Monitorización de constantes vitales.
00132 Dolor agudo	1605 Control del dolor	1400 Manejo del dolor. 2210 Administracion de analgésicos.
00046 Deterio de la integridad cutánea.	1101 Integridad tisular : Piel y membranas mucosas	3540 Prevención de úlceras por presión. 3584 Cuidado de la piel.
00200 Riesgo de disminución de la perfusion tisular cardíaca. 00029 Disminución del gasto cardíaco r/c alteración de la contractilidad, postcarga y precarga m/p alteraciones electrocardiográficas.	1914 Control del riesgo de salud cardiovascular. 0400 Efectividad de la bomba cardiaca. 0802 Signos vitales.	4044 Cuidados cardiacos agudos. 3320 Oxigenoterapia. 4040. Cuidados cardiacos. 4050 Manejo del riesgo cardíacos. 4235 Flebotomía 2080 Manejo de líquidos







SE REALIZA CATETERISMO EN EL SERVICIO DE HEMODINÁMICA, EN EL HGUCR Y SE OBSERVA QUE LAS CORONARIAS NO ESTÁN OBSTRUIDAS , LE REALIZAN ECOCARDIO DIAGNOSTICANDO SD. DE TAKOTSUBO

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Como conclusión: es muy importante que los profesionales de enfermería estén cualificados para actuar en situaciones de emergencia como esta y para llevar a cabo un traslado adeacuado con todas las medidas de seguridad. Sería de mucha ayuda disponer tanto de medios como conocimientos de ecocardiografía para poder hacer un diagnóstico diferencial debido al aumento de casos, sobretodo en mujeres en los últimos años y porque inicialmente se pensó que el pronóstico era benigno, pero estudios posteriores han demostrado que la mortalidad a corto y largo plazo son más altas de lo que se reconocía anteriormente.

Bibliografía

1. Tomich EB, Brown DFM, Luerssen E, et al. Takotsubo cardiomyopathy. Medscape 2012. http://emedicine.medscape.com/ article/1513631-overview.
2. Electrocardiographic criteria in Takotsubo cardiomyopathy and race differences: Asians versus Caucasians.J Am Coll Cardiol., 56 (2010), pp. 1433-1434
3. Madhavan M, Borlaug BA, Lerman A, et al. Stress hormone and circulating biomarker profile of apical ballooning syndrome (Takotsubo cardiomyopathy): insights into the clinical significance of B-type natriuretic peptide and troponin levels. Heart 2009; 95:1436
4. Farreras - Rozman. Medicina Interna. Ed. Elsevier. 17ª ed. 2012.

Resumen: El síndrome de Takotsubo es una miocardiopatía aguda y reversible que produce los mismos síntomas que un IAM, alteraciones enzimáticas y en el EKG. Ocurre principalmente en mujeres perimenopausias, en ocasiones ante situaciones de estrés. El diagnóstico diferencial se realiza mediante pruebas de imagen (ecocardiograma). Ante un SCACEST extrahospitalario es fundamental la activación del CORECAM y ecocardiograma precoz.

En este caso el diagnóstico se realiza posteriormente al cateterismo (que no evidencia obstrucción coronaria) mediante ecocardiografía.

Los cuidados y tratamiento del paciente durante el traslado son fundamentales para asegurar una buena estabilización hemodinámica, control del dolor y la ansiedad.

Palabras Clave: Cardiomiopatía de Takotsubo, Ecocardiografía, NANDA

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El síndrome Takotsubo es una entidad de reciente diagnóstico que ocurre en mujeres en su perimenopausia sucede después de sufrir un estrés físico o psíquico que actúa como detonante.

La disfunción apical transitoria se caracteriza por la morfología que adopta el ventrículo izquierdo, con el ápex redondeado y el cuello estrecho. Debe su nombre a un antiguo recipiente empleado para atrapar pulpos en los mares de Japón, que posee la misma forma que la que adopta el ventrículo izquierdo

Su aparición es aguda y transitoria, normalizándose la función ventricular de una a tres semanas, aunque se puede retrasar hasta dos meses. La ausencia de enfermedad aterotrombótica en las arterias coronarias de los pacientes que presentan este síndrome es condición indispensable para su diagnóstico, de ahí que sea necesario realizar coronariografía precoz, en las primeras 24 horas de su aparición, considerar que la realización de ecocardiograma o resonancia son también válidos para objetivar las alteraciones descritas.

Se estima que aproximadamente el 1-2% de los pacientes con sospecha de infarto agudo de miocardio (IAM) padece en realidad este síndrome.

Observación clínica:

Se trata de una paciente femenina de 44 años, sin antecedentes clínicos de interés tomando ACO como única medicación. Se recibe aviso del 112 a UVI móvil por pérdida de conciencia en consulta de odontología.

A la llegada paciente inconsciente ventilando con dificultad, cianosis y livideces. TA 77/55, FC 55, FR 22, y sat O2 84%.

EL EKG muestra imágenes de SCACEST con elevación del ST de II III y aVF. La paciente entra en parada respiratoria y se inicia ventilación mecánica tras colocación de mascarilla laríngea. Se ad-

ministra: diazepam, succinilcolina, atropina, midazolam, rocuronio y dopamina en perfusión. Se activa CORECAM y la paciente es trasladada directamente al HGUCR.

Allí se realiza cateterismo cardíaco que evidencia que no existe obstrucción de ninguna arteria coronaria, por lo que procede a realizar ecocardiografía cardíaca. Allí se diagnostica de síndrome de Takotsubo al apreciarse la típica forma en forma de jarrón del corazón. La paciente fue trasladada a la UCI.

Plan de cuidados de enfermero:

Nuestro plan de cuidados en principio es proporcionar a la paciente los cuidados y técnicas necesarias para una atención de calidad en el contexto de una emergencia.

Una vez iniciado el traslado seguiremos administrando los mismos cuidados, teniendo un especial cuidado en que el traslado se realice con las mayores medidas de seguridad para la integridad de la paciente, comprobando cinturones de seguridad, anclajes correctos de aparatos de electromedicina y su adecuado funcionamiento, y realizando un cuidadoso y protocolizado trabajo en equipo de todos los miembros de la UME.

PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ 00032

NOC: permeabilidad de las vías respiratorias, ventilación

NIC: 3120 intubación y estabilización de vía aérea (VA), 3350 monitorización respiratoria, 6200 cuidados en la emergencia.

DETERIORO DE LA VENTILACIÓN ESPONTANEA 00033

NOC: intercambio gaseoso, ventilación, respuesta a la ventilación mecánica, signos vitales.

NIC: 3320 oxigenoterapia, 3160 aspiración de la VA, 3300 manejo de la VM invasiva.

DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDÍACO 00029

NOC: estado cardíaco, perfusión tisular, efectividad de la bomba cardíaca

NIC: 4235 flebotomía, 2300 administración de medicación, 2080 manejo de líquidos, 6680 monitorización de constantes vitales

OTRAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

6140 manejo de la parada cardiorrespiratoria

6320 resucitación

1400 manejo del dolor

6580 sujeción física

0970 transferencia

Discusión y conclusiones:

El síndrome de Takotsubo está en aumento desde que se diagnosticaron los primeros casos. La incidencia se ha visto aumentada significativamente sobre todo después de la pandemia. Los últimos estudios han puesto de manifiesto que no es un trastorno benigno como se creía hace pocos años, sino que padecerlo aumenta la morbi-mortalidad por causa cardíaca a medio y largo plazo.

Es por ello que es fundamental un diagnóstico precoz, y se pone en relevancia la importancia de contar con ecógrafos y personal entrenado para su uso en las unidades extrahospitalarias.

Igualmente, el personal de enfermería debe tener los conocimientos y destrezas necesarias para atender este tipo de emergencia.

Bibliografía

1.-Tomich EB, Brown DFM, Luerssen E, et al. Takotsubo cardiomyopathy. Medscape 2012. http://emedicine.medscape.com/ article/1513631-overview.

2.-Electrocardiographic criteria in Takotsubo cardiomyopathy and race differences: Asians versus Caucasians.J Am Coll Cardiol., 56 (2010), pp. 1433-1434

3.- Madhavan M, Borlaug BA, Lerman A, et al. Stress hormone and circulating biomarker profile of apical ballooning syndrome (Takotsubo cardiomyopathy): insights into the clinical significance of B-type natriuretic peptide and troponin levels. Heart 2009; 95:1436

Farreras – Rozman. Medicina Interna. Ed. Elsevier. 17ª ed. 2012.

4.- Aplicación metodológica de los diagnósticos e intervenciones enfermeras en los servicios de emergencias extrahospitalarias. g.t. enfermería de emergencias. 2013

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 153

Prevención de ETS con población migrante

Ruiz Gomez-Pimpollo, Marta
Rodero Calero, Patricia
Rubira Rabadán, Patricia

PREVENCIÓN DE ETS CON POBLACIÓN MIGRANTE

MARTA RUIZ GÓMEZ-PIMPOLLO, PATRICIA RODERO CALERO, PATRICIA RUBIRA RABADÁN

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) más frecuentes en España actualmente son VIH, Sífilis, Gonorrea y Chlamydia. El principal factor de contagio de ETS son las relaciones heterosexuales sin protección, y las medidas de prevención más efectivas son el uso de métodos barrera en las mismas. Pero la cultura define conceptos como la salud, la enfermedad y los profesionales de salud. Los sistemas de salud se organizan según unos modelos basados en los valores culturales, y estos pueden estar enfocados en la medicina tradicional natural, en la medicina curativa, en la prevención o en la promoción de hábitos saludables. En culturas más acostumbradas a una medicina curativa o paliativa, los pacientes pueden tener dificultades para ubicar una enfermedad en el cuerpo ante la ausencia de síntomas. Creemos necesario conocer la definición de estos conceptos en las culturas de origen de la población migrante con la que solemos trabajar.

OBJETIVOS

1. Actualizar conocimientos de los cuidados de enfermería y las ETS más frecuentes en España
2. Conocer la perspectiva cultural respecto a las ETS de la población migrante procedente de África subsahariana, Europa del Este y América Latina.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica en distintas bases de datos usando los descriptores DeCs y MeSH.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- *Idioma español o inglés*
- *Acceso gratuito*
- *Publicados entre 2018-2023*

RESULTADOS- CONSULTADOS

PUBMED: 16 - 2
GOOGLE SCHOLAR: 19 - 4
COCHRANE 7-3
MINISTERIO SANIDAD 2-2

PREGUNTA DE BÚSQUEDA:

(SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES OR STD*) AND (MIGRANT POPULATION OR IMMIGRATION) AND (PREVENTION)

RESULTADOS

Barreras comunes a las tres zonas:

- Su rol de cuidadoras las hace priorizar la salud de los demás sobre la de ellas.
- Asociación del sida con grupos marginales, rechazo → negación del VIH y rechazo a pruebas diagnósticas.
- La barrera idiomática porque una comunicación deficiente o de mala calidad puede derivar en un uso ineficiente de los recursos sanitarios.

Para las pacientes procedentes de **América Latina** puede ser una barrera tener en contra de los preservativos, en el poder de la medicina tradicional y acostumbradas a un sistema privado de difícil acceso pueden sentir desconfianza ante lo gratuito.

En **África Subsahariana** tienen algunas creencias que pueden ser una barrera como vincular VIH con o sobrenatural, conspiraciones, poder de los remedios naturales, y la burocracia como requisito para ser atendidas. Además, pueden ser reacias a realizarse análisis de sangre porque está relacionada con conceptos de espiritualidad, energia y vida.

En **Europa del Este** el modelo de salud no se basa en la prevención si no en la cura de la enfermedad; que solo está asociada a síntomas o dolor. Además, es poco adecuado expresar dolor o debilidad y suelen tener poco acceso a los antirretrovirales

CONCLUSIÓN

Es nuestra responsabilidad **conocer las barreras culturales** e intentar disminuirlas para realizar una educación sanitaria eficaz. Explicar el funcionamiento del sistema sanitario y los modelos de salud, las necesidad de pruebas médicas, las fases de la enfermedad, el beneficio del tratamiento precoz, y recibir formación en mediación cultural **facilitaría nuestro trabajo y la prevención de las ETS.**

Resumen: Las enfermedades de transmisión sexual son bastante frecuentes en España, pero la cultura también define conceptos como la salud y la enfermedad. Creemos necesario conocerlas en las culturas de origen de la población migrante con la que solemos trabajar.

El objetivo es actualizar los conocimientos en cuidados de las ETS más frecuentes y conocer la perspectiva cultural de la población migrante procedente de África subsahariana, Europa del Este y América Latina.

Además de las barreras culturales específicas de cada región existen barreras comunes a las tres zonas. Es nuestra responsabilidad conocer estas barreras intentar disminuirlas para realizar una educación sanitaria eficaz.

Palabras Clave: Migrante, Enfermedades de transmisión sexual, Prevención Secundaria

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) más frecuentes en España actualmente son VIH, Sífilis, Gonorrea y Chlamydia. El principal factor de contagio de ETS son las relaciones heterosexuales sin protección, y las medidas de prevención más efectivas son el uso de métodos barrera en las mismas.

La cultura define nuestra forma de ver la salud, la enfermedad, a los profesionales de salud, etc. Los sistemas nacionales de salud se organizan según unos modelos basados en los valores de esa cultura y definen cómo tiene que funcionar. Los modelos de salud en otros países pueden estar enfocados en la medicina tradicional natural, en la medicina curativa, en la prevención o en la promoción de hábitos saludables. Por ejemplo, la confianza en la medicina tradicional choca con la cantidad de medicamentos que se utiliza en España. En culturas más acostumbradas a una medicina curativa o paliativa, los pacientes pueden tener dificultades para ubicar una enfermedad en el cuerpo ante la ausencia de síntomas.

Creemos necesario conocer la definición de estos conceptos en las culturas de origen de la población migrante con la que solemos trabajar.

Objetivos:

1. Actualizar conocimientos de los cuidados de enfermería y las ETS más frecuentes en España

2. Conocer la perspectiva cultural respecto a las ETS de las mujeres migrantes procedentes de África subsahariana, Europa del Este y América Latina.

Material y Métodos:

N Se realizó una revisión bibliográfica en distintas bases de datos usando los descriptores DeCs y MeSH.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

● Idioma español o inglés

● Acceso gratuito

● Publicados entre 2018-2023

Pregunta de búsqueda:

(SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES OR STD*) AND (migrant population OR IMMIGRATION) AND (PREVENTION)

Relación entre documentos encontrados y documentos seleccionados:

PUBMED: 16 - 2

GOOGLE SCHOLAR: 19 - 4

COCHRANE 7-3

BIBLIOTECA MINISTERIO SANIDAD 2-2

Resultados:

Barreras comunes a las tres zonas:

● Su rol de cuidadoras las hace priorizar la salud de los demás sobre la de ellas.

● Asociación del sida con grupos marginales, rechazo → negación del VIH y rechazo a pruebas diagnósticas.

● La barrera idiomática porque una comunicación deficiente o de mala calidad puede derivar en un uso ineficiente de los recursos sanitarios.

Barreras específicas por zonas

Para las pacientes procedentes de América Latina puede ser una barrera tener en contra de los preservativos, en el poder de la medicina tradicional y acostumbradas a un sistema privado de difícil acceso pueden sentir desconfianza ante lo gratuito.

En **África Subsahariana** tienen algunas creencias que pueden ser una barrera como vincular VIH con o sobrenatural, conspiraciones, poder de los remedios naturales, y la burocracia como requisito para ser atendidas. Además, pueden ser reacias a realizarse análisis de sangre porque está relacionada con conceptos de espiritualidad, energia y vida.

En **Europa del Este** el modelo de salud no se basa en la prevención si no en la cura de la enfermedad; que solo está asociada a síntomas o dolor. Además, es poco adecuado expresar dolor o debilidad y suelen tener poco acceso a los antirretrovirales

¿Qué podemos hacer para ayudar a disminuir esas barreras?

1. Explicar el funcionamiento del sistema sanitario y los modelos de salud (preventivo vs. curativo).

2. Explicar las necesidades médicas (pruebas y tratamientos), incidiendo en su importancia, justificación y objetivo de las pruebas.

3. Facilita que les expliquemos las fases de la enfermedad y el beneficio del tto precoz, sobre todo cuando pueden ser enfermedades sin síntomas como algunas ETS.

4. Acompañar, traducir, mediar,…

5. Formación en mediación cultural (+info en página de salud entre culturas)

6. Empoderamiento.

Conclusión:

Es nuestra responsabilidad conocer las barreras culturales e intentar disminuirlas para realizar una educación sanitaria eficaz. Explicar el funcionamiento del sistema sanitario y los modelos de salud, la necesidad de pruebas médicas, las fases de la enfermedad, el beneficio del tratamiento precoz, y recibir formación en mediación cultural facilitaría nuestro trabajo y la prevención de las ETS.

Bibliografía

1.-Guía para la realización de pruebas rápidas del VIH en entornos comunitarios. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2019.

2.- Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA). EN PELIGRO: ONUSIDA Actualización mundial sobre el Sida 2022. 2022

3.- Salud entre culturas. Manual práctico para realizar talleres de prevención de VIH con personas migrantes, 3º edición. Madrid: 2019.

4.- Eunice Kennedy Shriver National Institute. What are common symptoms of HIV?. NIH; 2021 [actualizado 12/9/2021; citado 25/04/2023]. Disponible en:https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/hiv/informacion/sintomas

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 154

Prevención de UPP en Neonatos con VMNI

González López, Amanda

PREVENCIÓN DE UPP EN NEONATOS CON VMNI

GONZÁLEZ LÓPEZ, A

XIV CONGRESO DE INVESTIGACION ENFERMERIA Y FISIOTERAPIA (Ciudad Real)



Imagen 1:Localización lesiones por VMNI

INTRODUCCIÓN

A pesar de ser mas presentes en la población adulta, las ulceras por presión (UPP) son un problema aparente en poblaciones neonatales debido al uso de dispositivos de Ventilación mecánica no invasiva (VMNI) en unidades de cuidados intensivos neonatales (UCINs). En estos pacientes la humedad, la fragilidad de la piel y la exposición al calor aceleran la formación de úlceras por presión. Se estima que hasta un 60% de los pacientes con dichos dispositivos desarrollará UPP durante el tratamiento con VMNI.

OBJETIVOS

El objetivo de esta revisión es la de analizar las intervenciones y la eficacia de las actividades dirigidas a evitar la presencia de UPP asociadas a VMNI en neonatos.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica basada en la evidencia existente sobre el tema tratado. Para ello se han utilizados recursos bibliográficos como Medline, Preevid, Cochrane library plus, CUIDEN y Google schoolar. Los criterios de inclusión fuero artículos de lengua española e inglesa publicados desde 2018 hasta 2023 sobre el tema tratado. Las palabras clave para la búsqueda fueron "UPP" AND "Non-Invasive Mechanical Ventilation" OR "skins ulcers" OR "Pressure ulcers" AND "neonates" OR "newborn", AND "wound care", AND "Non-Invasive Mechanical Ventilation" AND "treatment".

RESULTADOS

La mayoría de los estudios coinciden en que las medidas preventivas son las mas efectivas para evitar las lesiones en la piel (imagen 2). En muchos de los casos, estas medidas resultas inviables debido al estado del paciente, tan dependiente del dispositivo al que se encuentra conectado o los cuidados. Existen escalas, como la Escala Braden Q modificada para pacientes neonatales, que nos ayudan a conocer el riesgo de lesión asociada a la situación individual del paciente. La aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) es eficaz frente a la prevención en las zonas existentes con más presión (Imagen 1).

Dentro de los apósitos que podemos usar como barrera para evitar la lesion, el apósito de espuma de poliuretano presentaba un menor porcentaje de aparición de UPP en comparación con el hidrocoloide. El mismo estudio, reafirma que las interfases tipo cánulas RAM presentan un 87,5% menos de probabilidad de desarrollar lesión.



Imagen 2

CONCLUSIONES

- La implantación de guías y protocolos de actuación para la prevención de lesiones en la piel han demostrado ser una medida eficaz para disminuir la incidencia de UPP en UCINs.
- Estas herramientas seguras han conseguido disminuir la incidencia de UPP hasta en un 57% de los casos.
- Gran parte de los estudios, afirman que la combinación de las intervenciones y una educación a profesiones supone un éxito en la implantación de buenas prácticas.

1. Torra-Bou J, Pérez-Acevedo G, Bosch-Alcaraz A, García-Fernández Sarabia-Lavin, R Soldevilla-Agreda J, Verdú-Soriano J. Incidencia de lesiones por presión en unidades de cuidados intensivos pediátricas y neonatales: revisión sistemática. Gerokomos vol.31 no.3 Barcelona sep. 2020 https://dx.doi.org/10.4321/s1134-928x2020000300010
2. García Molina P, Quesada Ramos C, Balaguer López E, Ferrera Fernández MA, León Mangado JA, Pereyra C. UPP en pediatría. 2021 https://www.ulceras.net/monografico/124/118/upp-en-pediatria.html
3. Nieva sausa N, Lopez Medina IM. Eficacia de las medidas de prevención de úlceras por presión en neonatos y niños: revisión sistemática. Gerokomos. 2022;33(2):127-132 http://gerokomos.com/wp-content/uploads/2022/06/33-2-2022-127.pdf
4. Berga Liarte L. Úlceras por presión relacionadas con el uso de dispositivos de ventilación mecánica no invasiva en pediatría. Revista sanitaria de investigación 2022. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/ulceras-por-presion-relacionadas-con-el-uso-de-dispositivos-de-ventilacion-mecanica-no-invasiva-en-pediatria/
5. Cubells Celda R, Montal Navarro MA, Rodríguez Dolz MC, Pérez Lafuente E, Barberá Ventura C, De la Fuente Arévalo A, García Molina P. Prevención de úlceras por presión en neonatos con ventilación mecánica no invasiva. Gerokomos. 2020;31(2):107-112 https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v31n2/1134-928X-geroko-31-02-107.pdf

Resumen: Las ulceras por presión (UPP) son un problema importante en las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) debido al uso de dispositivos de Ventilación mecánica no invasiva (VMNI). Se estima que hasta un 60% de los pacientes con dichos dispositivos desarrollará UPP durante el tratamiento con VMNI. Es por eso que resulta necesario analizar las intervenciones y la eficacia de las actividades dirigidas a evitar las lesiones originadas por estos dispositivos. La instauración de intervenciones como medidas preventivas y educación a los profesionales que trabajan en UCIN han demostrado ser una medida útil y eficaz. .

Palabras Clave: Ulceras por presión (UPP), Ventilación mecánica no invasiva (VMNI) Neonatal/Recién nacido

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

A pesar de ser más presentes en la población adulta, las ulceras por presión (UPP) son un problema aparente en poblaciones neonatales debido al uso de dispositivos de Ventilación mecánica no invasiva (VMNI) en unidades de cuidados intensivos neonatales (UCINs). En estos pacientes la humedad, la fragilidad de la piel y la exposición al calor aceleran la formación de úlceras por presión. Se estima que hasta un 60% de los pacientes con dichos dispositivos desarrollará UPP durante el tratamiento con VMNI.

Objetivos:

El objetivo de esta revisión es la de analizar las intervenciones y la eficacia de las actividades dirigidas a evitar la presencia de UPP asociadas a VMNI en neonatos.

Metodología:

Se ha realizado una revisión bibliográfica basada en la evidencia existente sobre el tema tratado. Para ello se han utilizados recursos bibliográficos como Medline, Preevid, Cochrane library plus, CUIDEN y Google schoolar. Los criterios de inclusión fuero artículos de lengua española e inglesa publicados desde 2018 hasta 2023 sobre el tema tratado. Las palabras clave para la búsqueda fueron “UPP” AND “Non-Invasive Mechanical Ventilation” OR “skins ulcers” OR “Pressure ulcers” AND “neonates” OR “newborn”, AND “wound care”, AND “Non-Invasive Mechanical Ventilation” AND “treatment”.

Resultados:

La mayoría de los estudios coinciden en que las medidas preventivas son las más efectivas para evitar las lesiones en la piel (imagen 2). En muchos de los casos, estas medidas resultas inviables debido al estado del paciente, tan dependiente del dispositivo al que se encuentra conectado o los cuidados. Existen escalas, como la Escala Braden Q modificada para pacientes neonatales, que nos ayudan a conocer el riesgo de lesión asociada a la situación individual del paciente. La aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) es eficaz frente a la prevención en las zonas existentes con más presión (Imagen 1).

Dentro de los apósitos que podemos usar como barrera para evitar la lesión, el apósito de espuma de poliuretano presentaba un menor porcentaje de aparición de UPP en comparación con el hidrocoloide. El mismo estudio, reafirma que las interfases tipo cánulas RAM presentan un 87,5% menos de probabilidad de desarrollar lesión.

Conclusión:

● La implantación de guías y protocolos de actuación para la prevención de lesiones en la piel han demostrado ser una medida eficaz para disminuir la incidencia de UPP en UCINs.

● Estas herramientas seguras han conseguido disminuir la incidencia de UPP hasta en un 57% de los casos.

● Gran parte de los estudios, afirman que la combinación de las intervenciones y una educación a profesiones supone un éxito en la implantación de buenas prácticas.

Bibliografía

1.- Torra-Bou J, Pérez-Acevedo G, Bosch-Alcaraz A, García-Fernández Sarabia-Lavin, R Soldevilla-Agreda J, Verdú-Soriano J. Incidencia de lesiones por presión en unidades de cuidados intensivos pediátricas y neonatales: revisión sistemática. Gerokomos vol.31 no.3 Barcelona sep. 2020 https://dx.doi.org/10.4321/s1134-928x2020000300010

2.-García Molina P, Quesada Ramos C, Balaguer López E, Ferrera Fernández MA, León Mangado JA, Pereyra C. UPP en pediatría. 2021 https://www.ulceras.net/monografico/124/118/upp-en-pediatria.html

3.-Nieva sausa N, Lopez Medina IM. Eficacia de las medidas de prevención de úlceras por presión en neonatos y niños: revisión sistemática. Gerokomos. 2022;33(2):127-132 http://gerokomos.com/wp-content/uploads/2022/06/33-2-2022-127.pdf

4.-Berga Liarte L. Úlceras por presión relacionadas con el uso de dispositivos de ventilación mecánica no invasiva en pediatría. Revista sanitaria de investigación 2022. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/ulceras-por-presion-relacionadas-con-el-uso-de-dispositivos-de-ventilacion-mecanica-no-invasiva-en-pediatria/

5.-Cubells Celda R, Montal Navarro MA, Rodríguez Dolz MC, Pérez Lafuente E, Barberá Ventura C, De la Fuente Arévalo A, García Molina P. Prevención de úlceras por presión en neonatos con ventilación mecánica no invasiva. Gerokomos. 2020;31(2):107-112 https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v31n2/1134-928X-geroko-31-02-107.pdf

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 155

Prevención del pie diabético por enfermería de atención primaria

Ocaña Galindo, María
Galindo Gómez, María de los Santos
Muñoz Pinilla, Julia
López Angulo, Ana Raquel

PREVENCIÓN DEL PIE DIABÉTICO POR ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA



Ocaña Galindo, María; Galindo Gómez, María de los Santos; Muñoz Pinilla, Julia; López Angulo,Ana Raquel



INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus (DM) es un trastorno relacionado con una alteración del metabolismo de la glucosa, se caracteriza por hiperglucemias de tipo crónico que producen alteraciones metabólicas. Una de las complicaciones más comunes es el pie diabético. El pie diabético es una de las complicaciones de la diabetes que llega a producir incapacidad y afecta en la actividad de la vida diaria de los pacientes. Se conoce que el 80% de las úlceras de pie diabético como las amputaciones se podrían prevenir con diferentes intervenciones como educación sanitaria y actividades de prevención. Enfermería realiza mayoritariamente las actividades de prevención y cuidados

OBJETIVOS

La prevención del pie diabético es una de las funciones principales de la enfermería de atención primaria en su consulta de adultos, es una intervención que busca evitar la aparición de úlceras de pie diabético, las cuales pueden evolucionar en amputaciones de tipo no traumáticas en la mayoría de los casos. El objetivo es estudiar qué medidas de prevención realiza enfermería en las consultas de atención primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

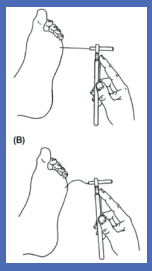
Se realizó una búsqueda bibliográfica de diferentes estudios que analizaban la prevención del pie diabético como los cuidados enfermeros que se realizan. La búsqueda se realizó en 4 bases de datos (Dialnet, Google académico, Scielo, Elsevier). Se utilizaron los términos "prevención" "cuidados de enfermería" "pie diabético". La evaluación de dichos estudios se realizó siguiendo unos criterios que se fijaron previamente. Se incluyeron los estudios sobre la prevención y cuidado del pie diabético con fecha posterior al 2018.

RESULTADOS

Se localizaron diversos estudios, se excluyeron los estudios que se enfocaban en la actuación de enfermería del pie diabético en unidades de hospitalización o en consultas externas y los estudios anteriores al 2018. Se localizaron y analizaron 5 artículos. Los artículos analizaban la prevención de pie diabético y los cuidados enfermeros del pie diabético. A la vista de los resultados observamos que la prevención se realiza principalmente por parte de las enfermeras de atención primariaen las consultas programadas y de seguimiento que realizan a sus pacientes diagnosticados con diabetes mellitus. Al análisis de los resultados observamos las siguientes intervenciones de prevención:



- Educación de autocuidado de los pies, corte de uñas recto
- Precaución con la exposición a temperaturas extremas
- Valorar posible hiperqueratosis
- Precaución objetos cortantes o punzantes
- Precaución por posible reulceración
- Exploración vascular: valorar posible claudicación intermitente, coloración, temperatura, presencia o ausencia de pulsos (pedio y tibial)
- Realización de Índice Tobillo Brazo (ITB). Sí ITB > 1.3 hay calcificaciones arteriales, ITB 1-1.3 es normal, ITB < 0.9 enfermedad arterial periférica.
- Exploración de pie con valoración de afectación de:
  - Sensibilidad profunda
    - Sensibilidad vibratoria
    - Sensibilidad presora
  - Sensibilidad superficial
    - Sensibilidad algésica
    - Sensibilidad táctil
    - Sensibilidad térmica
- Exploración de la presencia de reflejos aquíleo y rotuliano
- Aplicación y uso de descargas para el pie
- Valorar déficit nutricionales que afectan a la cicatrización en caso de úlcera



CONCLUSIONES

Después del análisis concluimos que debido al aumento de la población que padece diabetes mellitus se van a producir un aumento de casos de pie diabético en los próximos años, para evitar que éstos pacientes presentes úlceras de pie diabético una de las intervenciones que se ha demostrado dar resultados es la actuación enfermera en la prevención desde la consulta de atención primaria, con educación sanitaria a los pacientes y exploraciones periódicas. Para poder seguir realizando este abordaje también destacamos la formación específica para dicha educación sanitaria y las actividades de exploración y de seguimiento multidisciplinar de éstos pacientes crónicos para evitar posibles úlceras y que éstas puedan derivar en amputaciones para evitarle al paciente ingresos hospitalarios y una pérdida de la calidad de vida.

Resumen: El pie diabético es una de las afectaciones más comunes en pacientes por diabetes mellitus que puede producir una incapacidad y una afectación a la calidad de vida. El objetivo de este estudio es ver las actividades de enfermería que realiza enfermería en la consulta de atención primaria para evitar la aparición de úlceras de pie diabético y que éstas puedan derivar en una amputación. Dentro de las actividades de enfermería con mayores resultados positivos tenemos la educación sanitaria y la exploración en consulta.

Palabras Clave: "Prevención", "Cuidados de enfermería", "Pie diabético"

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La Diabetes Mellitus (DM) es un trastorno relacionado con una alteración del metabolismo de la glucosa, se caracteriza por hiperglucemias de tipo crónico que producen alteraciones metabólicas, tanto de tipo agudo como crónico. Una de las complicaciones más comunes de las personas que tienen DM sobretodo el tipo II es el pie diabético. El pie diabético es una de las complicaciones de la diabetes que llega a producir incapacidad y afecta en la actividad de la vida diaria de los pacientes. Se conoce que el 80% de las úlceras de pie diabético como las amputaciones se podrían prevenir con diferentes intervenciones como educación sanitaria y actividades de prevención. Enfermería realiza mayoritariamente las actividades de prevención y cuidados.

Objetivos:

La prevención del pie diabético es una de las funciones principales de la enfermería de atención primaria en su consulta de adultos, es una intervención que busca evitar la aparición de úlceras de pie diabético, las cuales pueden evolucionar en amputaciones de tipo no traumáticas en la mayoría de los casos. El objetivo es estudiar qué medidas de prevención realiza enfermería en las consultas de atención primaria.

Material y Métodos:

Se realizó una búsqueda bibliográfica de diferentes estudios que analizaban la prevención del pie diabético como los cuidados enfermeros que se realizan. La búsqueda se realizó en 4 bases de datos (Dialnet, Google académico, Scielo, Elsevier). Se utilizaron los términos "prevención" "cuidados de enfermería" "pie diabético". La evaluación de dichos estudios se realizó siguiendo unos criterios que se fijaron previamente. Se incluyeron los estudios sobre la prevención y cuidado del pie diabético con fecha posterior al 2018.

Resultados:

Se localizaron diversos estudios, se excluyeron los estudios que se enfocaban en la actuación de enfermería del pie diabético en unidades de hospitalización o en consultas externas y los estudios anteriores al 2018. Se localizaron y analizaron 5 artículos. Los artículos analizaban la prevención de pie diabético y los cuidados enfermeros del pie diabético. A la vista de los resultados obtenidos observamos que la prevención del pie diabético se realiza principalmente por parte de las enferme-

ras de atención primaria en las consultas programadas y de seguimiento que realizan a sus pacientes diagnosticados con diabetes mellitus. Dichos pacientes para que sean considerados de riesgo tienen que cumplen algunos factores de riesgo intrínsecos (úlcera de pie diabético previa, edad, comorbilidades, sexo, alteraciones propias, etc..) y extrínsecos (calzados no adecuados, térmicos, etc.…). Al análisis de los resultados observamos las siguientes intervenciones de prevención:

- Educación de autocuidado de los pies

- Precaución con la exposición a temperaturas extremas

- Consejos de autocuidado para la higiene y cuidado de los pies

- Valorar posible hiperqueratosis

- Recomendaciones de corte de uñas recto

- Precaución al uso de objetos cortantes o punzantes que pudiesen producir algún tipo de afectación o lesión.

- Conocimiento de los factores que pueden llegar a producir una reulceración, entre los que encontramos, elevada presión, presencia de neuropatía, lesiones preulcerosas, etc…

- Exploración vascular: valorar posible claudicación intermitente, coloración, temperatura, presencia o ausencia de pulsos (pedio y tibial)

- Realización de Índice Tobillo Brazo (ITB). Sí ITB > 1.3 hay calcificaciones arteriales, ITB 1-1.3 es normal, ITB < 0.9 enfermedad arterial periférica.

- Exploración de pie con valoración de afectación de:

o Sensibilidad profunda

· Sensibilidad vibratoria

· Sensibilidad presora

o Sensibilidad superficial

· Sensibilidad algesia

· Sensibilidad táctil

· Sensibilidad térmica

- Exploración de la presencia de reflejos aquíleo y rotuliano

- Aplicación y uso de descargas para el pie

- Valorar déficits nutricionales que afectan a la cicatrización en caso de úlcera

Conclusión:

Después del análisis concluimos que debido al aumento de la población que padece diabetes mellitus se van a producir un aumento de casos de pie diabético en los próximos años, para evitar que estos pacientes presentes úlceras de pie diabético una de las intervenciones que se ha de-

mostrado dar resultados es la actuación enfermera en la prevención desde la consulta de atención primaria, con educación sanitaria a los pacientes y exploraciones periódicas. Para poder seguir realizando este abordaje también destacamos la formación específica para dicha educación sanitaria y las actividades de exploración y de seguimiento multidisciplinar de estos pacientes crónicos para evitar posibles úlceras y que éstas puedan derivar en amputaciones para evitarle al paciente ingresos hospitalarios y una pérdida de la calidad de vida.

Bibliografía

1.-Investigación RS. Prevención, tratamiento y derivación temprana del pie diabético desde la consulta de enfermería de atención primaria. Revisión bibliográfica. [Internet]. RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2023. Available from: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/prevencion-tratamiento-y-derivacion-temprana-del-pie-diabetico-desde-la-consulta-de-enfermeria-de-atencion-primaria-revision-bibliografica/

2.- Investigación RS. Cuidados de enfermería en el pie diabético. [Internet]. RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2022. Available from: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeria-en-el-pie-diabetico/

3.- Ramirez-Perdomo C, Perdomo-Romero A, Rodríguez-Vélez M. Conocimientos y prácticas para la prevención del pie diabético. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40:e20180161. doi: https://doi.org/10.1590/1983- 1447.2019.20180161

4.- Luna FBS, Nava-Navarro V, Báez-Hernández FJ, Morales-Nieto A, Blanco-Álvarez VM. Validación del Instrumento: Conocimiento y Actitud de Enfermería para la prevención del Pie diabético. Enfermería Global [Internet]. 2023 Apr 1 [cited 2023 May 8];22(2):91–110. Available from: https://revistas.um.es/eglobal/article/view/547181/339031

5.- Martínez García Rosa María, Fuentes Chacón Rosa María, Lorenzo Mora Ana María, Ortega Rosa M. La nutrición en la prevención y curación de heridas crónicas. Importancia en la mejora del pie diabético. Nutr. Hosp. [Internet]. 2021 [citado 2023 Jun 13] ; 38(spe2): 60-63. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112021000500014&lng=es. Epub 01-Nov-2021. https://dx.doi.org/10.20960/nh.3800.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 156

Principales causas de rechazo de donantes de sangre, previo examen médico y entrevista, durante 2019 (año PRECOVID) y 2020, 2021 y 2022 (años COVID) en Ciudad Real.

Carrero Maldonado, Silvia
Sobrino Lorente, María del Pilar
Cantero Rivero, Virginia
Nieto Aparicio, Saúl
Chaparro Galán, Miriam

PRINCIPALES CAUSAS DE RECHAZO DE DONANTES DE SANGRE, PREVIO EXAMEN MEDICO Y ENTREVISTA, DURANTE 2019 (AÑO PRECOVID) Y 2020,2021 Y 2022 (AÑOS COVID) EN CIUDAD REAL



AUTORES. Carrero Maldonado Silvia, Sobrino Lorente María del Pilar, Cantero Rivero Virginia, Nieto Aparicio Saúl, Chaparro Galán Miriam.

INTRODUCCIÓN. Consideramos las donaciones de sangre como un valor humano y una responsabilidad cívica que compromete a toda la sociedad y que debiera traducirse en un hecho voluntario, altruista y repetido.

La disponibilidad de sangre y sus componentes en condiciones de seguridad, calidad y oportunidad, es la prioridad mas importante de la Salud Pública, siendo la selección de los donantes previa entrevista personalizada y examen médico, es uno de los pilares fundamentales que contribuye a la seguridad con que se realiza la terapia transfusional.

El proceso de donación no tiene solo como objetivo proteger la salud del receptor, sino también la del donante.

Durante los años en que el COVID estuvo presente con tasas de contagios inaceptables y durante los periodos de "Estado de Alarma", las donaciones se mantuvieron activas, ya que las trasfusiones sanguíneas seguían siendo necesarias e imprescindible.

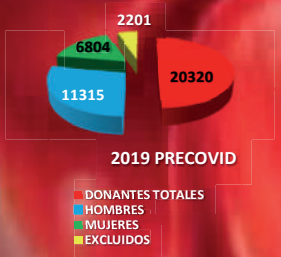
Un donante rechazado es aquella persona que no fue aceptada como donante, por no cumplir con los requisitos establecidos para la donación de sangre. Es importante que al donante rechazado se le explique la causa del rechazo. No siempre el rechazo es de manera permanente. La mayoría de los rechazos son puntuales y temporales.

OBJETIVOS. Nos hemos planteado como Objetivo Principal el de determinar cuales han sido los principales motivos y patologías por los que un donante de sangre es rechazado previo examen médico y entrevista realizada por el profesional encargado de las donaciones de sangre y hemoderivados, durante un periodo de tiempo PRECOVID (01-01-2019 a 30-06-2019) y durante el periodo COVID (01-01-2020 al 31-12-2020, 01-01-2021 al 31-12-2021 y del 01-01-2022 al 31-12-2022) y su evolución a lo largo de ambos periodos.

MATERIAL Y MÉTODO. Hemos realizado un estudio retrospectivo y cuantitativo de todos los donantes que han sido rechazados, previo examen médico y entrevista, a lo largo de ambos periodos estudiados (2019 y 2020, 2021 y 2022) y las causas principales del rechazo.

Los datos han sido recogidos y estudiados de la Base de Datos del Programa Informático de Gestión de Banco de Sangre "Delphin". Hemos utilizado el programa Microsoft Office con sus diferentes aplicaciones como Herramienta Ofimática.

RESULTADOS.









PRINCIPALES CAUSAS DE EXCLUSIÓN DEL DONANTE

	HEMOGLOBINA BAJA	TTO-ESTUDIO DIAGNOS-TICO	HIPERTEN-SIÓN ARTERIAL	VIAJES EXTRANJE RO	HIPOTEN-SIÓN ARTERIAL	ENDOSCO-PIA	MEDICA-CIÓN	DEPOR-TE	CIRU-GÍAS	VIAJE A ZONA ENDÉMICA	ACUPUN-TURA Y TATUAJES	TTO ODONTOLOGICO	MAL ACCESO VENOSO	OTROS	TOTAL
2019	566	295	190	137	128	96	88	86	78	76	68	63	40	290	2201
2020	443	261	179	71	61	53	86	28	51	29	84	22	40	357	1765
2021	440	234	195	52	73	109	143	9	47	23	102	17	16	350	1810
2022	329	197	124	91	65	91	80	13	57	39	100	9	32	365	1592

CONCLUSIONES. Primeramente observamos que los "ofrecimientos" por parte de los donantes, tomando como referencia el año 2019 (año PRECOVID) y comparándolos con los años COVID 2020-2022, no apreciamos una disminución significativa en los años COVID, manteniéndose entre 21000 y 22000, frente a los 20300 del año 2019 PRECOVID. Igualmente vemos que los varones superan ligeramente a las mujeres en los "ofrecimientos". Y el porcentaje de ofrecimientos rechazados oscila anualmente en torno al 8-10%.

Como causa principal de rechazo son los "Hemoglobina baja", establecido el límite para donar entre el 12.0 gr/dl y el 12.50 gr/dl . Como segunda causa de rechazo tenemos la "los tratamientos y estudios diagnósticos", seguido de la "hipertensión". Las Cirugías, las tomas de medicamentos incompatibles con la donación, los tatuajes y acupuntura y la realización de Endoscopias, ocupan también un puesto relevante en las causas de exclusión en la donación de sangre. Si observamos que significativamente existe una disminución de exclusiones de donantes que viajaron al extranjero en los años COVID que en 2019 año PRECOVID. Los donantes viajaron bastante menos al extranjero y países con enfermedades endémicas a causa del cierre de fronteras y "estados de alarma"

Es importante incidir en que la mayoría de las exclusiones a causa de no cumplir con los requisitos establecidos, es temporal y puntual.

Resumen: El fin de este trabajo de investigación ha sido observar cuales son las causas de exclusión durante las donaciones de sangre y su frecuencia. También hemos querido comparar si estas causas han variado a lo largo de los últimos años, teniendo en cuenta la pandemia COVID que ha acontecido desde el año 2020. Para ello se han recogido los datos de la base de datos "Delphin", utilizada en la gestión de donaciones y transfusiones del banco de sangre del Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Palabras Clave: "COVID", "donación sanguínea", "exclusión"

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Consideramos las donaciones de sangre como un valor humano y una responsabilidad cívica que compromete a toda la sociedad y que debiera traducirse en un hecho voluntario, altruista y repetido.

La disponibilidad de sangre y sus componentes en condiciones de seguridad, calidad y oportunidad, es la prioridad más importante de la Salud Pública, siendo la selección de los donantes previa entrevista personalizada y examen médico, es uno de los pilares fundamentales que contribuye a la seguridad con que se realiza la terapia transfusional.

El proceso de donación no tiene solo como objetivo proteger la salud del receptor, sino también la del donante.

Durante los años en que el COVID estuvo presente con tasas de contagios inaceptables y durante los periodos de "Estado de Alarma", las donaciones se mantuvieron activas, ya que las trasfusiones sanguíneas seguían siendo necesarias e imprescindible.

Un donante rechazado es aquella persona que no fue aceptada como donante, por no cumplir con los requisitos establecidos para la donación de sangre. Es importante que al donante rechazado se le explique la causa del rechazo. No siempre el rechazo es de manera permanente. La mayoría de los rechazos son puntuales y temporales.

Objetivos:

Nos hemos planteado como objetivo principal el de determinar cuáles han sido los principales motivos y patologías por los que un donante de sangre es rechazado previo examen médico y entrevista realizada por el profesional encargado de las donaciones de sangre y hemoderivados, durante un periodo de tiempo PRECOVID (01-01-2019 a 30-06-2019) y durante el periodo COVID (01-01-2020 al 31-12-2020, 01-01-2021 al 31-12-2021 y del 01-01-2022 al 31-12-2022) y su evolución a lo largo de ambos periodos.

Material y Métodos:

Hemos realizado un estudio retrospectivo y cuantitativo de todos los donantes que han sido rechazados, previo examen médico y entrevista, a lo largo de ambos periodos estudiados (2019

y 2020, 2021 y 2022) y las causas principales del rechazo. Los datos han sido recogidos y estudiados de la Base de Datos del Programa Informático de Gestión de Banco de Sangre "Delphin". Hemos utilizado el programa Microsoft Office con sus diferentes aplicaciones como Herramienta Ofimática..

Resultados:

En el año 2019 se registraron un total de 20320 donaciones, de las cuales 11315 fueron hombres, 6804 mujeres y 2201 donantes rechazados.

En el año 2020se registraron un total de 21456 donaciones, de las cuales 12120 fueron hombres, 7571 mujeres y 1765 donantes rechazados.

En el año 2021 se registraron un total de 22772 donaciones, de las cuales 13530 fueron hombres, 7431 mujeres y 1810 donantes rechazados.

En el año 2022 se registraron un total de 22058 donaciones, de las cuales 13180 fueron hombres, 7286 mujeres y 1592 donantes rechazados.

Respecto a las causas de rechazo:

En el año 2019 se rechazaron por hemoglobina baja a 566 donantes, por tratamientos o estudios diagnósticos 295 donantes, por hipertensión arterial 190 donantes, por viajes al extranjero 137 donantes, por hipotensión arterial 128 donantes, por realización de endoscopias 96 donantes, por la medicación que tomaban 88 donantes, por haber realizado deporte en las horas anteriores 86 donantes, por cirugías previas 78 donantes, por viajes a zonas endémicas 76 donantes, por acupuntura y tatuajes 76 donantes, por tratamientos odontológicos en días previos 63 donantes, por mal acceso venoso 40 donantes y por otros motivos 290 donantes.

En el año 2020 se rechazaron por hemoglobina baja a 443 donantes, por tratamientos o estudios diagnósticos 261 donantes, por hipertensión arterial 179 donantes, por viajes al extranjero 71 donantes, por hipotensión arterial 61 donantes, por realización de endoscopias 53 donantes, por la medicación que tomaban 86 donantes, por haber realizado deporte en las horas anteriores 28 donantes, por cirugías previas 51 donantes, por viajes a zonas endémicas 29 donantes, por acupuntura y tatuajes 84 donantes, por tratamientos odontológicos en días previos 22 donantes, por mal acceso venoso 40 donantes y por otros motivos 357 donantes.

En el año 2021 se rechazaron por hemoglobina baja a 440 donantes, por tratamientos o estudios diagnósticos 234 donantes, por hipertensión arterial 195 donantes, por viajes al extranjero 52 donantes, por hipotensión arterial 73 donantes, por realización de endoscopias 109 donantes, por la medicación que tomaban 143 donantes, por haber realizado deporte en las horas anteriores 9 donantes, por cirugías previas 47 donantes, por viajes a zonas endémicas 23 donantes, por acupuntura y tatuajes 102 donantes, por tratamientos odontológicos en días previos 17 donantes, por mal acceso venoso 16 donantes y por otros motivos 350 donantes.

En el año 2022 se rechazaron por hemoglobina baja a 329 donantes, por tratamientos o estudios diagnósticos 197 donantes, por hipertensión arterial 124 donantes, por viajes al extranjero 91 donantes, por hipotensión arterial 65 donantes, por realización de endoscopias 91 donantes, por la medicación que tomaban 80 donantes, por haber realizado deporte en las horas anteriores 13 donantes, por cirugías previas 57 donantes, por viajes a zonas endémicas 39 donantes, por acupuntura y tatuajes 100 donantes, por tratamientos odontológicos en días previos 9 donantes, por mal acceso venoso 32 donantes y por otros motivos 365 donantes.

Conclusión:

Primeramente, observamos que los “ofrecimientos” por parte de los donantes, tomando como referencia el año 2019 (año PRECOVID) y comparándolos con los años COVID 2020-2022, no apreciamos una disminución, manteniéndose entre 21000 y 22000, frente a los 20300 del año 2019 PRECOVID. Igualmente vemos que los varones superan ligeramente a las mujeres en los “ofrecimientos”. Y el porcentaje de ofrecimientos rechazados oscila anualmente en torno al 8-10%.

La causa principal de rechazo es la “Hemoglobina baja”, establecido el límite para donar entre el 12.0 gr/dl y el 12.50 gr/dl. La segunda causa de rechazo corresponde a “los tratamientos y estudios diagnósticos”, seguido de la “hipertensión”. Las cirugías, las tomas de medicamentos incompatibles con la donación, los tatuajes y acupuntura y la realización de endoscopias, ocupan también un puesto relevante en las causas de exclusión en la donación de sangre. Sí observamos que significativamente existe una disminución de exclusiones de donantes que viajaron al extranjero en los años COVID que en 2019 año PRECOVID. Los donantes viajaron bastante menos al extranjero y países con enfermedades endémicas a causa del cierre de fronteras y “estados de alarma”.

Es importante incidir en que la mayoría de las exclusiones a causa de no cumplir con los requisitos establecidos es temporal y puntual.

Bibliografía

1.- Programa e- Delphin del servicio de transfusiones del HUGCR, Plan estratégico de seguridad del paciente. SESCAM

2.- European Centre for Disease Prevention and Control. Outbreak of novel coronavirus disease 2019 (COVID- 19): increased transmission globally – fifth update, 2 March 2020. ECDC: Stockholm; 2020. [https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/RRA-outbreak-novel-coronavirus-disease- 2019-increase-transmission-globally-COVID-19.pdf]

3.- Información de interés para el donante de sangre. Enfermedad por coronavirus COVId-19. Centro de Hemodonación. Consejería de Salud de la Región de Murcia. [https://www.murciasalud.es/archivo.php?id=459072]

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 157

Profilaxis Postexposición en accidente Biológicos. Revisión de Protocolos.

Sánchez Rodríguez de la Paz, Ángela
Galán Zamora, Aránzazu
Oropesa Fernández, Sara
Moreno Cazallas, Berísimo
Barranquero Fuentes, Alicia
Ledesma Gómez, Jesús

PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN EN ACCIDENTE BIOLÓGICO. REVISIÓN DE PROTOCOLOS.

Ángela Sánchez Rodríguez de la Paz

INTRODUCCIÓN

Un accidente biológico según la Guía de bioseguridad para los profesionales sanitarios del Ministerio de Sanidad, sería el contacto durante la actividad laboral con sangre, fluidos corporales o tejidos potencialmente contaminados por agentes biológicos, mediante la inoculación percutánea o contacto con una herida abierta, piel no intacta o mucosas. Este accidente laboral puede tener como consecuencia la transmisión de la enfermedad al trabajador y que éste necesite administración de profilaxispostexposición (PPE) y/o seguimiento serológico.

OBJETIVO

El objetivo de esta revisión es identificar las diferencias existentes en la profilaxis post exposición en los protocolos de actuación de las distintas Comunidades Autónomas.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión sistemática de los protocolos de actuación de las diferentes Comunidades Autónomas españolas y servicios de prevención de riesgos laborales dentro de un marco legal común.

Se realizó una búsqueda hasta enero de 2022 en las páginas web de los distintos Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, Servicios de Salud Pública, Servicios de Riesgos Laborales tanto hospitalarios como a nivel central y Servicios de Medicina Preventiva.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

De entre los protocolos o guías que trataban de la atención al accidente biológico en personal sanitario, realizados por el sector público y que versaban sobre accidente biológico, se incluyeron protocolos que trataban la exposición laboral accidental a VIH, VHB Y VHC.

Por otra parte, se excluyeron los protocolos que fueron realizados por mutuas, servicios de prevención ajenos, hospitales y servicios privados. No fue criterio de exclusión la fecha de publicación del protocolo.

RESULTADOS

Características de las guías incluidas relacionadas con la PPE recogidas en las guías incluidas en esta revisión

CCAA	TIEMPO INICIO PPE VIH	CI PARA PPE VIH	FÁRMACOS Y PAUTAS PPE VIH	PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN EMBARAZO Y LACTANCIA	FÁRMACOS PPE VIH EN GESTANTES.	PAUTAS VACUNACIÓN VHB E INMUNOGLOBULINA	TABLA RESUEMEN PPE OCUPACIONAL AL VHB
ANDALUCÍA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
CASTILLA LA MANCHA	2h no después de 72h	SI	SI	SI	SI	SI	SI
EXTREMADURA	Antes 6h y no después de 72h	SI	SI	NA	NA	NA	NA
LA RIOJA	2h siguientes a exposición y máximo 72h	NA	SI	NA	NA	NA	NA
GALICIA	NA	SI	SI	NA	NA	SI	SI
VALENCIA (GVA)	2h siguientes a exposición y máximo 72h. No administrar pasadas 72h	NA	SI	NA	NA	SI	SI
ISLAS BALEARES	Entre las 2h y 6h siguientes a la exposición	SI	SI	NA	SI	SI	SI
MADRID	Antes 36h	SI	SI	SI	SI	SI	SI
GENERALITAT CATALUNYA	Lo antes posible tras la exposición	NA	NA	NA	NA	NA	NA
DONOSTIA	2h tras exposición, no iniciar transcurridas 72h desde el accidente.	SI	SI	NA	SI	SI	SI
ÁREA DE SALUD DE BURGOS	NA	SI	NA	NA	NA	NA	NA

NA: no aparece. PPE: Profilaxis post exposición. VIH: Virus inmunodeficiencia humana. CI: consentimiento informado. VHB: virus hepatitis B.

CONCLUSIONES

Se han hallado discrepancias entre CCAA, existiendo diferencias en el tiempo de administración. No en todas las guías aparecen los fármacos a administrar, no existe protocolo específico de atención en embarazo y periodo de lactancia en la mayoría de CCAA. Estos aspectos pueden suponer un enorme riesgo para el trabajador, ya que una PPE eficaz en caso de fuente positiva en VIH disminuiría el riesgo de seroconversión del trabajador siendo el plazo máximo de administración es de 72 horas tras el accidente. Sería beneficioso para los trabajadores sanitarios, la existencia y uso de una guía común de atención en caso de accidente biológico, basada en la legislación y evidencia científica existente. El uso de un protocolo común, podría reducir el riesgo de seroconversión al administrar de forma adecuada la PPE y, por lo tanto, reducir la morbimortalidad por estos tipos de accidentes y sus consecuencias

Resumen: El riesgo de accidente biológico es la posibilidad de que un trabajador sufra una exposición accidental a agentes infecciosos durante la actividad laboral. Pudiendo éste necesitar administración de profilaxispostexposición. Objetivo: identificar las diferencias existentes en la profilaxis post exposición de los protocolos de actuación de las distintas Comunidades Autónomas. Se ha realizado una revisión de los protocolos de actuación de las diferentes Comunidades Autónomas españolas y servicios de prevención de riesgos laborales. Se han evidenciado diferencias en la profilaxis postexposición en las diferentes Comunidades. Las diferencias encontradas ponen de manifiesto la necesidad de crear un protocolo único de actuación. .

Palabras Clave: Accidente de trabajo, Accidente biológico, Profilaxis Posexposición

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Un accidente biológico según la Guía de bioseguridad para los profesionales sanitarios del Ministerio de Sanidad sería el contacto durante la actividad laboral con sangre, fluidos corporales o tejidos potencialmente contaminados por agentes biológicos, mediante la inoculación percutánea o contacto con una herida abierta, piel no intacta o mucosas. Este accidente laboral puede tener como consecuencia la transmisión de la enfermedad al trabajador y que éste necesite administración de profilaxispostexposición (PPE) y/o seguimiento serológico.

Objetivos:

El objetivo de esta revisión es identificar las diferencias existentes en la profilaxis post exposición en los protocolos de actuación de las distintas Comunidades Autónomas.

Metodología:

Se ha realizado una revisión sistemática de los protocolos de actuación de las diferentes Comunidades Autónomas españolas y servicios de prevención de riesgos laborales dentro de un marco legal común.

Se realizó una búsqueda hasta enero de 2022 en las páginas web de los distintos Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, Servicios de Salud Pública, Servicios de Riesgos Laborales tanto hospitalarios como a nivel central y Servicios de Medicina Preventiva.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

De entre los protocolos o guías que trataban de la atención al accidente biológico en personal sanitario, realizados por el sector público y que versaban sobre accidente biológico, se incluyeron protocolos que trataban la exposición laboral accidental a VIH, VHB Y VHC.

Por otra parte, se excluyeron los protocolos que fueron realizados por mutuas, servicios de prevención ajenos, hospitales y servicios privados. No fue criterio de exclusión la fecha de publicación del protocolo.

Resultados:

Los resultados evidencian las diferencias existentes entre las guías de las CCAA lo que puede causar dificultades en la atención y, por lo tanto, poner en riesgo la salud de los trabajadores sanitarios.

Ante la necesidad de PPE para VIH se solicitará consentimiento informado al trabajador según las guías de las CCAA de CLM, Extremadura, Galicia, Islas Baleares, Madrid, Donostia y Área de Salud de Burgos. De las guías revisadas, las de Galicia, Andalucía y Burgos no mencionan el número de horas disponibles para la administración de PPE para VIH. La PPE se administrará según las guías de CLM, Valencia, La Rioja y Donostia en las 2 primeras horas tras exposición, según la guía de Baleares entre las 2 y 6 horas siguientes a la exposición y según la de Extremadura en las 6 horas siguientes al accidente. La guía de Madrid indica que deber ser antes de 36 horas, y la de Cataluña indica que lo antes posible pero no informa del número de horas. El tiempo máximo para la administración de PPE según las guías de Galicia, CLM, Donostia, Extremadura y Comunidad Valenciana será de 72horasEn todas las guías revisadas aparecen los fármacos a utilizar para la PPE a VIH con excepción de Andalucía, Área de Salud de Burgos y Cataluña. Si nos referimos a los fármacos a utilizar para PPE para VIH en caso de que la trabajadora accidentada este embarazada o en periodo de lactancia, sólo encontramos que las guías de las CCAA de Madrid, CLM, Islas Baleares, y Donostia indican los fármacos a utilizar. Así también, solo en las guías de Madrid y CLM, encontramos una mención especial al procedimiento a realizar en caso de accidente biológico de trabajadoras en situación de embarazo y lactancia.

Conclusiones:

Se han hallado discrepancias entre CCAA, existiendo diferencias en el tiempo de administración. No en todas las guías aparecen los fármacos a administrar, no existe protocolo específico de atención en embarazo y periodo de lactancia en la mayoría de CCAA. Estos aspectos pueden suponer un enorme riesgo para el trabajador, ya que una PPE eficaz en caso de fuente positiva en VIH disminuiría el riesgo de seroconversión del trabajador siendo el plazo máximo de administración es de 72 horas tras el accidente. Sería beneficioso para los trabajadores sanitarios, la existencia y uso de una guía común de atención en caso de accidente biológico, basada en la legislación y evidencia científica existente. El uso de un protocolo común podría reducir el riesgo de seroconversión al administrar de forma adecuada la PPE y, por lo tanto, reducir la morbimortalidad por estos tipos de accidentes y sus consecuencias.

Bibliografía

1.- INSST. ¿Cuáles son los riesgos biológicos en el personal sanitario? [Internet] Madrid: Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Disponible en: https://www.insst.es/-/-que-es-el-riesgo-biologico-

2.- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de Bioseguridad para los profesionales sanitarios. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Centro de Publicaciones. 2015.

3.- Grupo de expertos de la Secretaría del Plan Nacional sobre el sida (SPNS), Grupo de Estudio de Sida (GeSIDA), Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo (SEMST), Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH), Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo (AEEMT) et al. Documento de consenso Documento de Consenso sobre Profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH,

VHB y VHC en adultos y niños. [Internet] 2015. Disponible en: .https://www.sanidad.gob.es/gl/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/hepatitisC/informacion/docs/Profilaxis_postexposicion_ocupacional_y_no_ocupacional_VIH_VHB_VHC(PPE).pdf

4.- A. Loscos López, E, Colomer Rubio, M. F. Marco Úbeda, M. Bel Reverter. Actitud a seguir en el caso de accidente biológico. Vol. 12 – Núm. 9 – Octubre-Noviembre 2002. MEDIFAM 2002; 12: 538-549.

5.- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 158

Provocación bronquial con Harina de Almorta

Alcaide Jiménez, Beatriz
Peralbo Aparicio, Ana

PROVOCACIÓN BRONQUIAL CON HARINA DE ALMORTA

Alcaide Jiménez , Beatriz
Peralbo Aparicio, Ana

INTRODUCCIÓN

Una prueba espirométrica con provocación bronquial es útil para valorar la reactividad de las vías respiratorias. En caso de hiperreactividad, los bronquios se contraen con demasiada facilidad y en exceso.

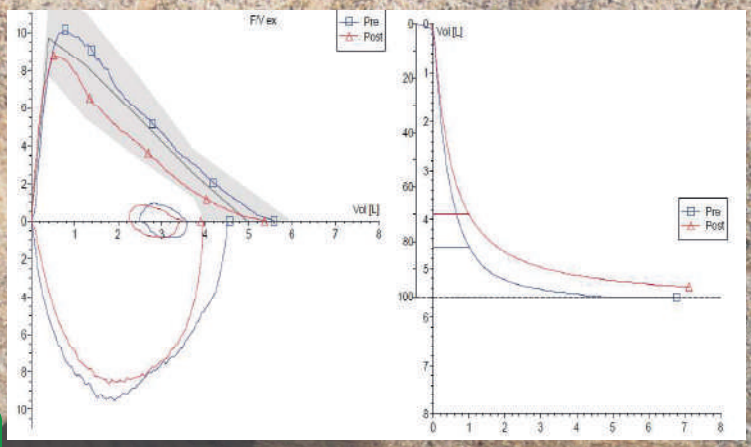
La espirometría es un **estudio indoloro del volumen y ritmo del flujo de aire dentro de los pulmones.** Este procedimiento se utiliza con frecuencia para evaluar la función pulmonar en las personas con enfermedades pulmonares obstructivas o restrictivas tales como asma o fibrosis quística y EPOC

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Varón de 23 años, sin antecedentes importantes de interés, sin tratamiento en la actualidad
El paciente es derivado a la consulta de alergia porque presenta, desde agosto, cuadro de sensación de fatiga con el ejercicio, empeora al acostarse, no golpes de tos, autoescucha de sibilantes con el ejercicio. No presenta síntomas nasoculares.
En la infancia solía tener episodios de disnea.
Hay una fábrica de harina de almorta próxima de su casa. Cuando muelen almorta (*Lathyrus sativus*) nota disnea, los días ventosos empeora,no tiene animales.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

DIAGNÓSTICOS NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC
00092 Intolerancia a la actividad	0005 Tolerancia a la actividad	0180 Manejo de la Energía 1801 Ayuda con los autocuidados. Vestir / arreglo personal 6482 Manejo ambiental: confort
00126 Ansiedad	1402 Autocontrol de la ansiedad	5820 Disminución de la ansiesdad
00004 Riesgo de infección	0703 Severidad de la infección 1902 Control del riesgo	2440 Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso
00126 Conocimientos deficientes	1813 Conocimiento: Régimen terapéutico 0704 Autocontrol del asma	5602 Enseñanza: Proceso de la enfermedad 5618 Enseñanza: Procedimiento / tratamiento 2311 Administración de medicación: inhalatoria



DISCUSIÓN

Se realiza provocación bronquial específica con manipulación con harina de almorta partiendo volúmenes pulmonares normales(FEV1, FVC Y FEV1/FVC basales)
A los 5 minutos tras manipulación de harina en bandeja e inhalación partículas ambientales presenta cuadro de intensa rinorrea mucosa y tos seca persistente

		Teór.	Pre	%(Pre/Teór.)	Post	%(Post/Teór.)	% Cambio
FVC	[L]	4.97	5.58	112	5.37	108	-4
FEV 1	[L]	4.22	4.56	108	3.90	92	-14
FEV 1 % FVC	[%]	82.71	81.72	99	72.62	88	-11
MMEF 75/25	[L/s]	4.98	4.44	89	2.87	58	-35
PEF	[L/s]	9.70	10.12	104	8.77	90	-13
MEF 25	[L/s]	2.53	2.03	80	1.16	46	-43
MEF 50	[L/s]	5.43	5.13	94	3.59	66	-30
MEF 75	[L/s]	8.25	9.07	110	6.53	79	-28

CONCLUSIONES

1.- Tras manipulación de harina el paciente presenta una prueba espirométrica con una caída del 14% del FEV1(660 ml), hecho que indica una provocación positiva, afirmando así el ASMA POR HARINA DE ALMORTA

2.- Tras broncodilatación con Salbutamol (4 inhalaciones), se realiza nuevo control espirométrico transcurrida 1 hora de Observación, normalizándose los valores de la función pulmonar respecto a la basal

		Teór.	Pre	%(Pre/Teór.)	Post	%(Post/Teór.)	% Cambio
FVC	[L]	4.97	5.58	112	5.32	107	-5
FEV 1	[L]	4.22	4.56	108	4.64	110	2
FEV 1 % FVC	[%]	82.71	81.72	99	87.26	106	7
MMEF 75/25	[L/s]	4.98	4.44	89	5.83	117	31
PEF	[L/s]	9.70	10.12	104	9.73	100	-4
MEF 25	[L/s]	2.53	2.03	80	2.72	108	34
MEF 50	[L/s]	5.43	5.13	94	6.65	122	30
MEF 75	[L/s]	8.25	9.07	110	9.60	116	6

BIBLIOGRAFÍA

- https://empendium.com/manualmibe/compendio/chapter/B34.V.25.4.3.
- Friedman-Jimenez G, Harrison D, Luo H. Occupational asthma and work-exacerbated asthma. Semin Respir Crit Care Med. 2015; 36(3):388-407.
- Bernstein IL, Bernstein DI, Chan-yeung M, Malo JL. Definition and clasification of asthma. En: Asthma in the workplace, second edition. Bernstein IL, Chan-yeung M, Malo JL, Bernstein DI, Eds New York, Marcel Dekker, INC. 1999: 1-4.

Resumen: EPaciente varón de 23 años derivado a la consulta de alergia por presentar desde Agosto fatiga al acostarse, empeora los días de viento, como dato significativo, cerca del domicilio hay una fábrica de harina de almorta.

Se realiza espirometría basal y post manipulación en bandeja e inhalación de partículas en suspensión de harina de almorta, obteniéndose cambios en los valores espirométricos respecto a la basal.

Tras administración de betaadrenérgicos el paciente recupera su función pulmonar, acercándose a valores previos de la espirometría basal

En este caso clínico presentamos la caída de los valores espirométricos tras la manipulación de harina de almorta.

Palabras Clave: Hiperreactividad bronquial, Broncoconstricción, Asma

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Una prueba espirométrica con provocación bronquial es útil para valorar la reactividad de las vías respiratorias. En caso de hiperreactividad, los bronquios se contraen con demasiada facilidad y en exceso.

La espirometría es un **estudio indoloro del volumen y ritmo del flujo de aire dentro de los pulmones**. Este procedimiento se utiliza con frecuencia para evaluar la función pulmonar en las personas con enfermedades pulmonares obstructivas o restrictivas tales como asma o fibrosis quística y EPOC.

Observación clínica:

Varón de 23 años, sin antecedentes importantes de interés, sin tratamiento en la actualidad

El paciente es derivado a la consulta de alergia porque presenta desde Agosto cuadro de sensación de fatiga con el ejercicio, empeora al acostarse, no golpes de tos,autoescucha de sibilantes con el ejercicio. No presenta síntomas nasoculares.

En la infancia solía tener episodios de disnea.

Hay una fábrica de harina de almorta próxima de su casa. Cuando muelen almorta (Lathyrus sativus) nota disnea, los días ventosos empeora, no tiene animales.

Plan de Cuidados Enfermero:

DIAGNOSTICOS NANDA

00092 INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD,00126 ANSIEDAD,00004 RIESGO DE INFECCIÓN,00126 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES

RESULTADOS NOC

0005 TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD,1402 AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD,0703 SEVERIDAD DE LA INFECCIÓN,1902 CONTROL DEL RIESGO,1813 CONOCIMIENTO: RÉGIMEN TERAPÉUTICO,0704 AUTOCONTROL DEL ASMA

INTERVENCIONES NIC

MANEJO DE LA ENERGIA,1801 AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS VESTIR/ARREGLO PERSONAL,6482 MANEJO AMBIENTAL: CONFORT,5820 DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD,2440 MANTENIMIENTO DE DISPOSITIVOS DE ACCESO VENOSO,5602 ENSEÑANZA: PROCESO DE LA ENFERMEDAD,5618 ENSEÑANZA: PROCEDIMIENTO/TRATAMIENTO,2311 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: INHALATORIA

Discusión:

Se realiza provocación bronquial específica con manipulación con harina de almorta partiendo volúmenes pulmonares normales (FEV1(4.56), FVC Y FEV1/FVC basales)

A los 5 minutos tras manipulación de harina en bandeja e inhalación partículas ambientales presenta cuadro de intensa rinorrea mucosa y tos seca persistente

Conclusiones:

Tras manipulación de harina el paciente presenta una prueba espirométrica con una caída del 14% del FEV1(660 ml), hecho que indica una provocación positiva, afirmando así el ASMA POR HARINA DE ALMORTA

Bibliografía

1.- Friedman-Jimenez G, Harrison D, Luo H. Occupational asthma and work-exacerbated asthma. Semin Respir Crit Care Med. 2015; 36(3):388-407.

2.- Bernstein IL, Bernstein DI, Chan-yeung M, Malo JL. Definition and clasification of asthma. En: Asthma in the workplace, second edition. Bernstein IL, Chan-yeung M, Malo JL, Bernstein DI, Eds New York, Marcel Dekker, INC. 1999: 1-4.

3.- https://empendium.com/manualmibe/compendio/chapter/B34.V.25.4.3.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 159

Quiste de Tarlov
Caso Clínico

Sánchez Puertas, María
Montaño Herrera, Liliana Patricia
Montes Mansilla, Marta

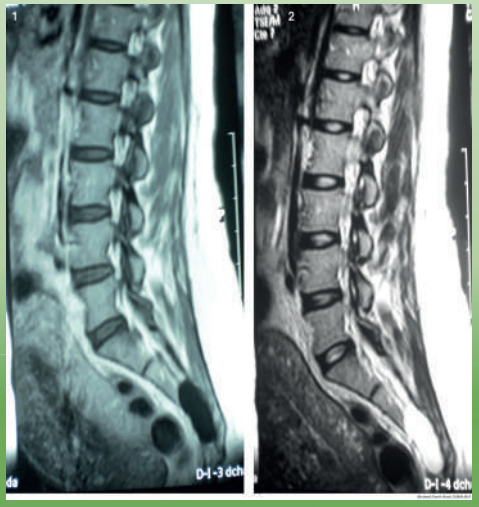
QUISTE DE TARLOV

CASO CLÍNICO.

INTRODUCCIÓN

Los quistes de Tarlov, también conocidos como quistes perineurales, son lesiones de las raíces nerviosas que se localizadan principalmente a nivel del sacro.
Aunque su etiología es aún desconocida, se han desarrollado distintas diversas teorías :

TEORIA CONGÉNITA	• Defectos en el desarrollo de las estructuras de las meninges o una debilidad congénita de la duramadre como causa de los quistes.
TEORIA HEMORRÁGICA	• En este caso la causa sería una hemorragia subaracnoidea en la región.
TEORIA TRAUMÁTICA	• El quiste es causado por punción raquídea , anestesia peridurales o raquídeas o traumas en la región sacra que el paciente tuvo en el pasado.



La gran mayoría de estas lesiones permanecen asintomáticas a lo largo de la vida de los pacientes y generalmente se descubren como hallazgos incidentales en estudios de imagen, no presentando relevancia clínica y sin necesidad de tratamiento.
Los quistes sintomáticos son hallazgos infrecuentes, dándose generalmente una mayor incidencia en mujeres.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Entre los síntomas más habituales destacan el dolor y la radiculopatía, con alteraciones sensitivas y motoras en MMII, pero pueden darse también:
Cefalea.
Incontinencia urinaria.
Disfunción sexual.
Estreñimiento.

DIAGNÓSTICO

Es complejo llegar al diagnóstico en muchos de los casos, por la similitud de los síntomas con otras patologías. Las principales pruebas de imagen para establecerlo son la RM y el TAC, acompañados de una mielografía lumbosacra.

TRATAMIENTO

El tratamiento inicial es conservador mediante el uso de analgésicos y fisioterapia.
En quistes sintomáticos de gran tamaño, sin respuesta al tratamiento inicial, puede ser necesario el abordaje quirúrgico mediante drenaje percutáneo guiado bajo control del TAC, o bien mediante una técnica abierta que permita la extirpación del quiste y la descompresión del nervio.

OBSERVACION CLÍNICA

Mujer de 57 años de edad sin antecedentes relevantes de interés, salvo un leve traumatismo sacro en la infancia, que acude a urgencias con clínico de 5 meses de evolución con molestias en hipogastrio, que no responde a tratamiento farmacológico, precisando en ese momento la paciente derivados opiáceos y ansiolíticos para controlar los síntomas. Refiere también episodios de incontinencia urinaria ocasional.
La exploración física, incluyendo evaluación ginecológica, urológica y controles analíticos ,sin hallazgos. Finalmente una RMN lumbosacra mostró la presencia de una lesión quística perineural extradural de 30x20x20 mm localizada a nivel de la segunda raíz sacra izquierda .Una posterior radiculografía mostró una comunicación del quiste con el saco dural.
Con el diagnóstico final de un quiste de Tarlov a nivel de S2, el paciente se remite al Servicio de Neurocirugía para intervención quirúrgica. La cirugía consistió en una laminectomía sacra, apertura del quiste, descompresión de la raíz sacra S2 y recomposición de S3.
A los 5 años de la cirugía la paciente presenta ausencia del dolor y una importante reducción de su sintomatología urinaria con una importante mejoría en su calidad de vida.

PLAN DE CUIDADOS

NANDA	NOC	NIC
00132 DOLOR AGUDO	**1605** Control del dolor.	**1400** Manejo del dolor.
00002 DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO	**1004** Estado nutricional. 0601 Equilibrio hídrico.	**1100** Manejo de la nutrición.
00016 DETERIORO DE LA ELIMINACION URINARIA	**0503** Eliminación urinaria.	**0610** Manejo de la eliminación urinaria.
00085 DETERIORO MOVILIDAD FÍSICA	**300** Cuidados personales. AVD.	**1800** Ayuda al autocuidado.
00146 ANSIEDAD	**01402** Control de la ansiedad.	**5820** Disminución de la ansiedad.
00004 RIESGO DE INFECCIÓN.	**6540** Control de infecciones.	**1902** Control del riesgo .

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Este tipo de lesiones quísticas perineurales fueron descritas inicialmente por Tarlov en 1938 como hallazgos incidentales en una autopsia. Inicialmente se pensó que eran asintomáticos, algo que dista bastante de la realidad, ya que la tasa de quistes sintomáticos es del 20% . Estos quistes son más frecuentes en mujeres y en la raza caucásica, aumentan con la edad, y su etiología no está aún clara.
Los quistes de Tarlov deben considerarse en el diagnóstico diferencial del dolor radicular. Frecuentemente infradiagnosticados, al asociarse frecuentemente a patología degenerativa lumbosacra.
Es recomendable la colaboración multidisciplinar a todos los niveles para favorecer el diagnóstico y prevenir así el dolor y la discapacidad que algunos casos llevan asociada.

AUTORES

MARÍA SÁNCHEZ PUERTAS
LILIANA PATRICIA MONTAÑO HERRERA
MARTA MONTES MANSILLA

BIBLIOGRAFÍA

- *Quiste de Tarlov [Internet]. [citado 14 de junio de 2023]. Disponible en: https://rarediseases.info.nih.gov/espanol/12006/quiste-de-tarlov*
- *Ruibal Moldes M, Sánchez Rodríguez-Losada J, López García D, Casas Agudo V, Janeiro País JM, González Martín M. Quiste de Tarlov y disfunción vesical sintomática. Actas Urológicas Españolas. diciembre de 2008;32(10):1035-6.*
- *Dominguez-Gasca LG, Hasslacher-Arellano JF, Arellano-Aguilar G Mora-Constantino J, DomínguezCarrillo LG. ACTA MÉDICA GRUPO ÁNGELES. Volumen 13, No. 2, abril-junio 2015: Quiste de Tarlov sintomático: un reto de diagnóstico y manejo.*
- *López VJ, Godoy R, Marín J, Castro MC, Castillo F. Quistes de Tarlov sintomáticos. Diagnóstico y tratamiento.Marzo 2012*
- ***NNNConsult** . Disponible en: https://www.nnnconsult.com/*

Resumen: El quiste de Tarlov o quiste perineural son lesiones de las raíces nerviosas localizadas a nivel de la región sacra y de etiología incierta. La mayoría de estos quistes cursan asintomáticos y carecen de relevancia clínica. Los quistes sintomáticos son infrecuentes y los síntomas más habituales son el dolor y las radiculopatías.

La investigación en técnicas de imagen, principalmente la resonancia magnética nuclear (RMN), permiten diagnosticarlos con más frecuencia, aunque sigue existiendo un infradiagnostico, por la clínica similar que presentan con otras patologías.

Palabras Clave: "Quiste perineural", "Quiste de Tarlov", "Tratamiento quirúrgico."

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Los quistes de Tarlov, también conocidos como quistes perineurales, son lesiones de las raíces nerviosas que se localizadas principalmente a nivel del sacro.

Aunque su etiología es aún desconocida, se han desarrollado distintas diversas teorías sobre su origen:

Teoría congénita: Asocia defectos en el desarrollo de las estructuras de las meninges o una debilidad congénita de la duramadre como causa de los quistes.

Teoría traumática: El quiste es causado por punción raquídea, anestesia peridurales o raquídeas o traumas envolviendo la región sacra que el paciente tuvo en el pasado.

Teoría hemorrágica: En este caso es causado por hemorragia subaracnoidea en la región.

Además, se cree que los quistes previamente asintomáticos pueden volverse sintomáticos después de traumas en la región donde se localizan debido a una inflamación y un acumulo del líquido cefalorraquídeo.

Los quistes sintomáticos son hallazgos infrecuentes, dándose generalmente una mayor incidencia en mujeres.

Signos y síntomas:

La gran mayoría de estas lesiones permanecen asintomáticas a lo largo de la vida de los pacientes y generalmente se descubren como hallazgos incidentales en estudios de imagen, no presentando relevancia clínica y sin necesidad de tratamiento. Entre los síntomas más habituales destacan el dolor y la radiculopatía, con alteraciones sensitivas y motoras en MMII, pero pueden darse también:

- Cefalea.

- Incontinencia urinaria.

- Disfunción sexual.

- Estreñimiento.

Diagnóstico:

Es complejo llegar al diagnóstico en muchos de los casos, por la similitud de los síntomas con otras patologías.

Las principales pruebas de imagen para establecerlo son la RM y el TAC, acompañados de una mielografía lumbosacra.

Tratamiento:

El tratamiento inicial es conservador mediante el uso de analgésicos y fisioterapia.

En quistes sintomáticos de gran tamaño, sin respuesta al tratamiento inicial, puede ser necesario el abordaje quirúrgico mediante drenaje percutáneo guiado bajo control de la TAC, o bien mediante una técnica abierta que permita la extirpación del quiste y la descompresión del nervio.

Observación clínica:

Mujer de 57 años de edad sin antecedentes relevantes de interés, salvo un leve traumatismo sacro en la infancia, que acude a urgencias con clínico de 5 meses de evolución con molestias en hipogastrio, que no responde a tratamiento farmacológico, precisando en ese momento la paciente derivada opiáceos y ansiolíticos para controlar los síntomas. Refiere también episodios de incontinencia urinaria ocasional.

La exploración física, incluyendo evaluación ginecológica, urológica y controles analíticos, sin hallazgos. Finalmente, una RMN lumbosacra mostró la presencia de una lesión quística perineural extradural de 30x20x20 mm localizada a nivel de la segunda raíz sacra izquierda. Una posterior radiculografía mostró una comunicación del quiste con el saco dural.

Con el diagnóstico final de un quiste de Tarlov a nivel de S2, el paciente se remite al Servicio de Neurocirugía para intervención quirúrgica. La cirugía consistió en una laminectomía sacra, apertura del quiste, descompresión de la raíz sacra S2 y recomposición de S3.

A los 5 años de la cirugía la paciente presenta ausencia del dolor y una importante reducción de su sintomatología urinaria con una importante mejoría en su calidad de vida.

Plan de cuidados:

Una vez realizado el diagnóstico y establecida la necesidad de tratamiento quirúrgico, tras la poca eficacia del tratamiento conservador en la paciente, se elabora un plan de cuidados de enfermería enfocado a este proceso, con el fin de brindar unos cuidados integrales, que faciliten la recuperación del paciente, así como prevenir la aparición de complicaciones.

En este plan nos centramos en aspectos como es el control del dolor, o minimizar el riesgo de infección durante y post la intervención. Así, como asegurarnos un correcto estado general del paciente y prevención de aspectos biopsicosociales como la ansiedad que genera todo el proceso.

Es primordial el trabajo multidisciplinar entre en equipo médico, enfermería, fisioterapia y terapia ocupacional, para la rehabilitación de la paciente y prevenir así lesiones y discapacidad

Discusión y conclusiones:

Este tipo de lesiones quísticas perineurales fueron descritas inicialmente por Tarlov en 1938 como hallazgos incidentales en una autopsia. Inicialmente se pensó que eran asintomáticos, algo que dista bastante de la realidad, ya que la tasa de quistes sintomáticos es del 20%. Estos quistes son más frecuentes en mujeres y en la raza caucásica, aumentan con la edad, y su etiología no está aún clara.

Los quistes de Tarlov deben considerarse en el diagnóstico diferencial del dolor radicular. Frecuentemente infradiagnosticados, al asociarse frecuentemente a patología degenerativa lumbosacra,

Es recomendable la colaboración multidisciplinar a todos los niveles para favorecer el diagnóstico y prevenir así el dolor y la discapacidad que algunos casos llevan asociada.

Bibliografía

1.- Quiste de Tarlov [Internet]. [citado 14 de junio de 2023]. Disponible en: https://rarediseases.info.nih.gov/espanol/12006/quiste-de-tarlov

2.- Ruibal Moldes M, Sánchez Rodríguez-Losada J, López García D, Casas Agudo V, Janeiro País JM, González Martín M. Quiste de Tarlov y disfunción vesical sintomática. Actas Urológicas Españolas. diciembre de 2008;32(10):1035-6.

3.- Dominguez-Gasca LG, Hasslacher-Arellano JF, Arellano-Aguilar G Mora-Constantino J, DomínguezCarrillo LG. ACTA MÉDICA GRUPO ÁNGELES. Volumen 13, No. 2, abril-junio 2015: Quiste de Tarlov sintomático: un reto de diagnóstico y manejo.

4.- López VJ, Godoy R, Marín J, Castro MC, Castillo F. Quistes de Tarlov sintomáticos. Diagnóstico y tratamiento.Marzo 2012

5.- NNNConsult . Disponible en: https://www.nnnconsult.com/

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 160

Recomendaciones de hábitos de vida para el paciente diabético tipo 2 desde Atención Primaria.

Morales Marín, María
Morales Marín, Pilar

Recomendaciones de hábitos de vida para el paciente diabético tipo 2 desde Atención Primaria

SATSE

Introducción

La Diabetes es una patología **crónica** de tipo **metabólico** que se caracteriza por **elevación de la glucemia**.

Diabetes Tipo 2 ⇨ más frecuente entre la población española.

Tratamiento ⇨ **abordaje terapéutico multidisciplinar**.

Enfermería ⇨ pautas dietéticas y farmacológicas.





Objetivo principal

Fomentar un **estilo de vida saludable adaptado** a la **situación actual del paciente**

↳ Disminuir los niveles de glucosa en sangre.

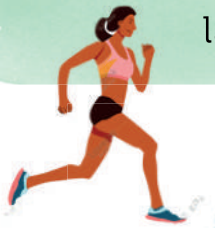
Objetivos secundarios

-Aumentar la **adherencia** al **tratamiento dietético** ⇨ disminución de dosis del tratamiento farmacológico.

-**Campañas de captación** ⇨ educación para el autocuidado.

-Insistir en la **educación dietética** ⇨ pautas relacionadas con la Diabetes Mellitus.

-Fomentar la creación de grupos de personas de riesgo desde Atención Primaria para iniciar la **actividad física.**



Material y métodos



Búsqueda bibliográfica en bases de datos y buscadores como Scielo, Dialnet y Google Académico.

Palabras clave: Diabetes Mellitus Tipo 2, estilo de vida saludable y educación para la salud.

Criterios de inclusión: acceso online, publicaciones a texto completo, en español, entre 2018 y 2023.

Resultados

Porcentaje de grasa visceral

↕

Diabetes Mellitus Tipo 2.

Tratamiento ⇨ **ejercicio físico** de manera regular y **dieta mediterránea**.

Enfermería ⇨ valoración completa y establecer objetivos realistas

↳ Terapia grupal



Conclusiones



-La mayoría de estos pacientes **no cumple** las recomendaciones dietéticas, ni realiza deporte.

-Valorar las recomendaciones de los profesionales ⇨ los resultados obtenidos, no son los esperados.

-**Actuación enfermera** ⇨ tener en cuenta el entorno del paciente.

Morales Marín, Pilar
Morales Marín, María

Resumen: La Diabetes es una patología crónica de tipo metabólico que se caracteriza por elevación de la glucemia. Es necesario un abordaje terapéutico multidisciplinar.

Entre los objetivos a destacar se encuentran: llevar una rutina horaria en cuanto a la alimentación, realizar entre 3 y 5 comidas diarias, evitar alimentos procesados y con alto contenido en azúcares, fomentar la ingesta en plato pequeño, realizar ejercicio físico de manera regular. En general, ensalzar la importancia de la dieta mediterránea.

La mayoría de los pacientes con este tipo de Diabetes no cumple las recomendaciones dietéticas, ni realiza ejercicio físico.

Palabras Clave: Diabetes Mellitus Tipo 2, Estilo de vida saludable, Educación para la salud

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La Diabetes es una patología crónica de tipo metabólico que se caracteriza por elevación de la glucemia. Está directamente relacionada con complicaciones vasculares. Existen varios tipos de diabetes, pero la más frecuente entre la población española es la Diabetes Mellitus tipo 2.

Para el tratamiento de la misma, es necesario un abordaje terapéutico multidisciplinar donde enfermería tiene un papel fundamental.

Entre sus actuaciones destacan la administración de pautas tanto dietéticas como farmacológicas, con el fin de modificar el estilo de vida del paciente y logar un adecuado control de las cifras de glucemia.

Objetivos:

Objetivo principal

Fomentar un estilo de vida saludable adaptado a la situación actual del paciente, con la finalidad de disminuir los niveles de glucosa en sangre.

Objetivos secundarios

- Aumentar la adherencia al tratamiento dietético y, como consecuencia, la disminución de dosis del tratamiento farmacológico.

- Realizar campañas de captación dirigidas a la población de riesgo mediante la educación para el autocuidado.

- Insistir en la educación dietética dando pautas concretas relacionadas con la Diabetes Mellitus.

- Fomentar la creación de grupos de personas de riesgo desde Atención Primaria para iniciar la actividad física.

Material y Métodos:

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de artículos científicos y guías de salud en bases de datos y buscadores como Scielo, Dialnet y Google Académico.

Los criterios de inclusión utilizados son acceso online a texto completo, publicaciones en español, publicados entre 2018 y 2023.

Resultados:

Existe relación directa entre el porcentaje de grasa visceral y el desarrollo de Diabetes Mellitus Tipo 2. Por eso, es necesario hacer una valoración completa del paciente que incluya IMC, peso, talla… entre otros.

La práctica de ejercicio físico de manera regular es fundamental en el tratamiento de esta enfermedad. Previene el desarrollo de otras enfermedades cardiovasculares y metabólicas. Además, está demostrado que la actividad física reduce la insulinorresistencia.

Por parte de enfermería, es importante hacer una valoración del grado de sedentarismo y actividad física de la que parte el paciente, con el fin de establecer objetivos realistas y que se produzcan cambios en el estilo de vida.

Se ha demostrado que las actividades a nivel grupal son más eficaces en la regulación de este tipo de Diabetes que incluso, el tratamiento farmacológico.

Entre los objetivos a destacar se encuentran: llevar una rutina horaria en cuanto a la alimentación, realizar entre 3 y 5 comidas diarias, evitar alimentos procesados y con alto contenido en azúcares, fomentar la ingesta en plato pequeño, realizar ejercicio físico de manera regular. En general, ensalzar la importancia de la dieta mediterránea.

Conclusiones:

La mayoría de los pacientes con este tipo de Diabetes no cumple las recomendaciones dietéticas, ni realiza ejercicio físico.

Aunque gran parte de ellos reciben educación sanitaria, no son capaces de mantener hábitos de vida saludables.

Es necesario valorar el tipo de educación sanitaria que se hace por parte de los profesionales, ya que los resultados obtenidos no son los esperados.

Es muy importante no solo la actuación individual o grupal, sino también el entorno, para el correcto cumplimiento de las pautas anteriormente citadas.

Bibliografía

1.- MP Pérez Unanua, M Alonso Fernández, F López Simarro, T Soriano Llora, I Peral Martínez, J Mancera Romero. Adherencia a un estilo de vida saludable en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en España [Internet]. [Citado 9 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S1138359320303178

2.- Importancia de la adherencia a los estilos de vida saludable en personas con diabetes [Internet]. [Citado 9 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S1138359321001076

3.- AI De Cos, S Gutiérrez-Medina, B Luca, A Galdón, JS Chacín, ML de Mingo, D Trifu, S Artola, I Egocheaga, T Soriano, C Vázquez. Sociedad de Endocrinología, Nutrición y Diabetes de la Comunidad de Madrid (SENDIMAD). Recomendaciones para la práctica clínica en diabetes y obesidad. Los acuerdos de Madrid. Nutr Hosp 2018; 35 (4): 971-978. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v35n4/1699-5198-nh-35-04-00971.pdf

4.- RA Maqueda. Recomendaciones sobre hábitos saludables en atención primaria: modelo de atención para promover la actividad física y la alimentación equilibrada en el Sistema Sanitario Público de Andalucía [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud y Familias, 2020 [Citado 10 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Guia_Habitos_Saludables_AP_060820.pdf

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 161

Reflujo Gastroesofágico en el Lactante

Martín Mañas, Emma
Carretero Elvira, Laura
Heras Rubio, Luis Miguel
Carrillo Palomo, Concepción
Camacho Sánchez, Beatriz
García León, Belén

REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN EL LACTANTE

Martín Mañas, Emma; Carretero Elvira, Laura; Heras Rubio, Luis Miguel;
Carrillo Palomo, Concepción; Camacho Sánchez, Beatriz; García León, Belén.

INTRODUCCIÓN

El reflujo gastroesofágico es el movimiento del contenido gástrico hacia el esófago. Esta situación es frecuente en el 50% de los lactantes menores de 3 meses de vida. Comienza a disminuir después de los 7 meses de vida y acabará por resolverse a los 12 meses de vida en aproximadamente el 85% de los niños, y a los 18 meses en el 95%.



OBSERVACIÓN CLÍNICA

Lactante de 2 meses de vida que acude a consulta de Enfermería Pediátrica para control de peso. La madre se muestra angustiada porque la niña presenta regurgitaciones frecuentes durante y tras las tomas.

Alimentada con lactancia materna exclusiva, 8 a 10 tomas al día. Las regurgitaciones son frecuentes y las tomas son más cortas. No antecedentes relevantes.

Aspecto y coloración normales. Deposiciones normales. Diuresis adecuada. Bien hidratada y perfundida. Tono muscular adecuado, alerta, activa, responde a estímulos. Afebril. Peso 3,690kg. Adecuada ganancia de peso.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

Diagnósticos de Enfermería NANDA	Objetivos NOC	Intervenciones NIC
(00103) Deterioro de la deglución r/c defecto esofágico m/p regurgitación de contenido gástrico.	(1002) Mantenimiento de la lactancia materna.	(5244) Asesoramiento en la lactancia
(00039) Riesgo de aspiración r/c trastorno de la deglución.	(1010) Estado de deglución.	(3200) Precauciones para evitar la aspiración.
(00106) Disposición para mejorar la lactancia materna m/p patrón ponderal del lactante adecuado para su edad.	(1935) Control del riesgo: aspiración	(1570) Manejo del vómito

DISCUSIÓN

El mejor tratamiento es informar de la benignidad del proceso.

La lactancia materna exclusiva es el mejor alimento para cualquier lactante, cambiar su alimentación a una fórmula artificial no da ningún beneficio significativo. Ofrecer tomas fraccionadas y de menor cantidad, no hay evidencia que indique una mejoría, por lo que no son recomendadas. En cuanto al tratamiento postural, la mejor y la de menor riesgo es el decúbito supino. La posición vertical tras las tomas y hacerle eructar, también alivia la presión gástrica.

El uso de inhibidores de la bomba de protones (IBP), está bastante extendido. Suelen ser usados de forma empírica, sin embargo, no existe evidencia de su validez en recién nacidos y lactantes, por lo que no están recomendados.

CONCLUSIONES

El reflujo gastroesofágico en el lactante es una complicación que puede resultar muy angustiosa para los padres.

La figura de Enfermería Pediátrica desde Atención Primaria es de gran importancia para un adecuado manejo de la situación. Disminuyendo el grado de preocupación y angustia de los padres, así como logrando un adecuado mantenimiento de la lactancia materna.



SATSE CIUDAD REAL
XIV CONGRESO DE INVESTIGACIÓN

BIBLIOGRAFÍA

Resumen: En el presente trabajo se expone un caso clínico que muestra el abordaje realizado desde la consulta de Enfermería Pediátrica, del reflujo gastroesofágico en una lactante de 2 meses de edad.

El reflujo gastroesofágico es el movimiento de contenido gástrico hacia el esófago. Esta situación es frecuente en el 50% de los lactantes menores de 3 meses de vida y es considerada una situación fisiológica y normal en un lactante sano. Por lo tanto, el mejor tratamiento es la información y el apoyo a los padres, hasta que la situación comience a disminuir y acabe por resolverse.

Palabras Clave: Reflujo Gastroesofágico, Lactante, Padres

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El reflujo gastroesofágico es el movimiento del contenido gástrico hacia el esófago. Esta situación es frecuente en el 50% de los lactantes menores de 3 meses de vida. Es una situación fisiológica y puede considerarse normal en un lactante sano. Comienza a disminuir después de los 7 meses de vida y con mucha probabilidad acabará por resolverse a los 12 meses de vida en aproximadamente el 85% de los niños, y a los 18 meses de vida en el 95%.

Observación clínica:

Lactante de sexo femenino de 2 meses de vida que acude a consulta de Enfermería Pediátrica en el Centro de Salud para control de peso programado. La madre se muestra angustiada y consulta porque la niña presenta regurgitaciones frecuentes durante y tras las tomas. Alimentada con lactancia materna exclusiva a demanda, hace unas 8 a 10 tomas al día. La madre refiere que las regurgitaciones son muy frecuentes y que las tomas son más cortas, retirándose del pecho bruscamente o con dificultad para volver a lograr el enganche.

No antecedentes familiares ni personales relevantes.

Medicación habitual: Deltius 10.000UI/ml gotas orales en solución.

No alergias medicamentosas conocidas.

A la exploración, aspecto y coloración normales. Deposiciones de características normales. Diuresis adecuada. Bien hidratada y perfundida. Tono muscular adecuado, alerta, activa, responde a estímulos. Afebril. Peso 3,690kg, adecuada ganancia de peso.

Plan de cuidados enfermero:

Diagnósticos de Enfermería NANDA.

(00103) Deterioro de la deglución r/c defecto esofágico m/p regurgitación de contenido gástrico.

Funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado con déficit de la estructura o función oral, faríngea o esofágica.

(00039) Riesgo de aspiración r/c trastorno de la deglución.

Riesgo de que penetren en el árbol traqueobronquial las secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, sólidas o liquidas.

(00106) Disposición para mejorar la lactancia materna m/p patrón ponderal del lactante adecuado para su edad.

La familia o la diada madre-lactante, demuestra una habilidad adecuada y satisfacción con el proceso de la lactancia materna.

Objetivos NOC.

(1002) Mantenimiento de la lactancia materna.

Continuación de la lactancia materna desde el establecimiento hasta el destete para la alimentación de un lactante.

Indicadores:

• (100201) Crecimiento del lactante dentro del rango normal.

• (100204) Conocimiento familiar de los beneficios de la lactancia materna continuada.

(1010) Estado de deglución.

Tránsito seguro de líquidos y/o sólidos desde la boca hacia el estómago

Indicadores:

• (101020) Tos

• (101014) Reflujo gástrico

• (101017) Incomodidad con la deglución

(1935) Control del riesgo: aspiración

Acciones personales para comprender y evitar el paso de partículas sólidas y líquidas al pulmón.

Indicadores:

• (193509) Se sitúa en posición vertical para comer y beber.

• (193510) Permanece erguido durante 30 minutos después de comer

• (193514) Obtiene ayuda cuando se atraganta.

Intervenciones NIC.

(5244) Asesoramiento en la lactancia

Utilización de un proceso interactivo de asistencia para ayudar en el mantenimiento de una alimentación de pecho satisfactoria.

Actividades:

• Corregir conceptos equivocados, mala información e impresiones acerca de la alimentación de pecho.

• Determinar el deseo y motivación de la madre para dar de mamar.

• Proporcionar apoyo a las decisiones de la madre.

• Evaluar la forma de succión/deglución del recién nacido.

• Enseñar a la madre el crecimiento del bebé para identificar los patrones normales de los bebés alimentados con lactancia materna.

(3200) Precauciones para evitar la aspiración.

Prevención o disminución al mínimo de los factores de riesgo en el paciente con riesgo de aspiración.

Actividades:

• Vigilar el nivel de consciencia, reflejos de tos, reflejos de gases y capacidad deglutiva.

• Colocar vertical a 90º o lo más incorporado posible.

(1570) Manejo del vómito

Prevención y alivio del vómito.

Actividades:

• Valorar el color, la consistencia, la presencia de sangre, la duración y el alcance de la emesis.

• Colocar al paciente de forma adecuada para prevenir la aspiración.

• Mantener las vías aéreas abiertas.

• Pesar al paciente con regularidad.

• Ayudar al paciente y a la familia a solicitar y proporcionar ayuda.

Discusión:

Siendo el reflujo gastroesofágico una situación fisiológica y normal en el lactante sano, sobre todo antes de los 3 meses de vida, el mejor tratamiento es informar de la benignidad de este proceso. Dar apoyo y la información necesaria para manejar este proceso hasta los 12 – 18 meses, cuando se resolverá, siempre y cuando no se produzcan signos y síntomas de alarma.

La lactancia materna exclusiva a demanda es el mejor alimento para cualquier lactante, cambiar su alimentación a una fórmula artificial no da ningún beneficio significativo. Ofrecer tomas fraccionadas y de menor cantidad, no hay evidencia que indique una mejoría, por lo que no son recomendadas.

También se ofrecen recomendaciones en cuanto al tratamiento postural, siendo la mejor postura y la que menos riesgos ofrece, el decúbito supino. Mantener al lactante en posición vertical tras las tomas y hacerle eructar, también alivia la presión gástrica.

En cuanto al uso de tratamiento farmacológico, el uso de inhibidores de la bomba de protones (IBP), está bastante extendido y llevan a confusión a los propios profesionales sanitarios. Suelen ser usados de forma empírica, sin embargo, no existe ninguna evidencia de que esto tenga validez en recién nacidos y lactantes, por lo que su uso no está recomendado.

Conclusiones:

El reflujo gastroesofágico en el lactante es una complicación que puede resultar muy angustiosa para los padres. La figura de Enfermería Pediátrica desde Atención Primaria es de gran importancia para un adecuado manejo de la situación. Disminuyendo el grado de preocupación y angustia de los padres, así como logrando un adecuado mantenimiento de la lactancia materna.

Bibliografía

1.- Cochran WJ. Reflujo gastroesofágico en lactantes [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. 2021. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/pediatr%C3%ADa/trastornos-gastrointestinales-en-reci%C3%A9n-nacidos-y-lactantes/reflujo-gastroesof%C3%A1gico-en-lactantes#v47634767_es

2.- R. Torres Peral, H. Expósito de Mena. Vómitos y reflujo gastroesofágico. Pediatría Integral 2019; XXIII (7): 330 – 338.

3.- Herdrman, H. Kamitsuru, S. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2021 – 2023. Elsevier; 2021.

4.- Moorhead, S. Johnson, M. Swanson, E. Maas, M. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). 6ª ed. Elsevier; 2018.

5.- Bulecheck GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wager CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª ed. Elseiver; 2018.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 162

Rehabilitación de la marcha y el equilibrio en paciente que sufre un accidente cerebro vascular

García Domínguez, Pedro Javier

REHABILITACIÓN DE LA MARCHA Y EL EQUILIBRIO EN PACIENTE QUE SUFRE UN ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR

Pedro Javier García Domínguez

I. Introducción

- El accidente cerebrovascular (ACV) es un trastorno neurológico caracterizado por la interrupción de la circulación de algún vaso sanguíneo en el sistema nervioso central. Supone la segunda causa de muerte más común en la población general, así como la primera causa de discapacidad grave.
- Más de un 80% de personas que sufren un ACV sufren alteración del equilibrio, dificultando la marcha y aumentando el riesgo de caídas.

II. Observación clínica

Valoración y exploración física:

• Paciente de 65 años que acude a consulta tras ACV reciente.
• Brazo izquierdo con falta de coordinación, movimiento incompleto y lento. Dificultad para cerrar la mano y falta de fuerza.
• Omalgia izquierda.
• Falta de control de tronco por hipotonía en abdominales.
• Perdida pronunciada de fuerza en miembro inferior izquierdo, con hipotonía en cuádriceps y tibial anterior severa, que dificulta aún más la marcha.
• Pérdida del equilibrio en sedestación (moderado) y en bipedestación (severo).
• Sensibilidad no alterada.

Antecedentes y signos de alerta:

• Paciente sin alergias conocidas.
• Prótesis total en ambas rodillas.
• Ictus de menor gravedad en el pasado.

Diagnóstico de fisioterapia:

• ACV en hemisferio derecho del cerebro que causa hemiparesia en rama izquierda del cuerpo con gran afectación del equilibrio.

III. Plan de cuidados

Objetivos

• Mejorar el equilibrio tanto estático como dinámico, en sedestación, bipedestación y durante la marcha.
• Conseguir un mayor control postural. Potenciar la musculatura alterada.
• Normalizar los patrones de movimiento.
• Reeducar la marcha, consiguiendo el máximo de funcionalidad posible.
• Aumentar la estabilidad de la cintura pélvica y escapular.

Tratamiento

• Movilizaciones activas y resistidas.
• Método Bobath y FNP.
• Trabajo del equilibrio estático y dinámico: estabilizaciones rítmicas en sedestación, apoyo bipodal y monopodal, trasferencias de peso, paralelas, caminar sobre líneas, marcha lateral, etc.
• Terapia acuática.

IV. Discusión

Durante el primer mes

• Al estar en fase aguda comenzamos con sesiones diarias de fisioterapia.
• Las órdenes verbales son muy importantes en la rehabilitación, sobre todo al trabajar con patrones y contra resistencia.
• Tras un mes de tratamiento el paciente se mantiene solo de pie y camina con la ayuda de una muleta.

Al finalizar el tercer mes

• Patrón normal de marcha, sin alteraciones. Aumenta su fuerza en MSI y MII.
• Realiza las AVDs con normalidad y sin ningún problema.
• Equilibrio reestablecido y con seguridad, en estático y en movimiento.

V. Conclusión

• Las técnicas de fisioterapia elegidas han conseguido que los objetivos establecidos en un principio se hayan cumplido, habiendo sido muy importante la rápida intervención, ya que un comienzo temprano proporciona mayor posibilidad de éxito del tratamiento.
• Es importante instaurar en el paciente hábitos saludables y de práctica de ejercicio habitual, con el objetivo principal de evitar episodios similares en el futuro.
• **También es muy importante la pronta derivación de pacientes que sufren ACV a las unidades de fisioterapia y evitar innecesarias esperas, puesto que el comienzo de la rehabilitación cuanto antes ofrece una mayor y mejor recuperación.**

SATSE

Resumen: Reeducación del equilibrio y marcha en paciente de 65 años que acude a fisioterapia tras sufrir ACV recientemente. Se realiza una anamnesis y valoración completa apreciando pérdida de fuerza y movilidad en hemicuerpo izquierdo y falta de control de tronco, así como gran alteración de la marcha y equilibrio. Se realiza un plan de tratamiento de 3 meses, con una buena evolución y finalizando con una recuperación de la fuerza y del equilibrio prácticamente total, y una marcha funcional y con seguridad, confirmando que el tratamiento de fisioterapia en este tipo de lesiones es muy importante y de utilidad.

Palabras Clave: Accidente cerebrovascular, Equilibrio postural, Rehabilitación.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El accidente cerebrovascular (ACV) es un trastorno neurológico caracterizado por la interrupción de la circulación de algún vaso sanguíneo en el sistema nervioso central. Supone la segunda causa de muerte más común en la población general, así como la primera causa de discapacidad grave.

Más de un 80% de personas que sufren un ACV sufren alteración del equilibrio, dificultando la marcha y aumentando el riesgo de caídas.

Observación clínica:

Valoración y exploración física:

• Paciente de 65 años que acude a consulta tras recibir alta hospitalaria tras ACV.

• Presenta en el brazo izquierdo falta de coordinación, movimiento incompleto y lento. Dificultad para cerrar la mano y falta de fuerza en la misma.

• Omalgia izquierda.

• Falta de control de tronco por hipotonía en abdominales.

• Perdida pronunciada de fuerza en miembro inferior izquierdo, con hipotonía en cuádriceps y tibial anterior severa, que dificulta aún más la marcha.

• Pérdida del equilibrio en sedestación (moderado) y en bipedestación (severo).

• No hay alteración de la sensibilidad.

Antecedentes y signos de alerta:

• Paciente sin alergias conocidas.

• Prótesis total en ambas rodillas.

• Ha sufrido pequeños ictus con anterioridad, pero nunca han llegado a afectar su calidad de vida ni han provocado alteraciones físicas.

Diagnóstico de fisioterapia:

• ACV en hemisferio derecho del cerebro que causa hemiparesia en rama izquierda del cuerpo con gran afectación del equilibrio.

Plan de cuidados:

Objetivos

• Mejorar el equilibrio tanto estático como dinámico, en sedestación, bipedestación y durante la marcha.

• Conseguir un mayor control postural. Potenciar la musculatura alterada.

• Normalizar los patrones de movimiento.

• Reeducar la marcha, consiguiendo el máximo de funcionalidad posible.

• Aumentar la estabilidad de la cintura pélvica y escapular.

Tratamiento

• Ejercicios de fuerza en miembro superior e inferior izquierdos y tronco. Mediante movilizaciones activas y resistidas, método Kabat, abdominales, sentadillas, zancadas con apoyo, etc.

• Ejercicios del método Bobath para reestablecer y mejorar el movimiento alterado tras la lesión.

• Trabajo del equilibrio estático, mediante estabilizaciones rítmicas en sedestación, de pie sin moverse con apoyo bipodal y monopodal, trasferencias de peso de una pierna a otra, etc.

• Trabajo del equilibrio dinámico, caminando en paralelas con agarre, caminar sobre una línea dibujada en el suelo, desplazamientos laterales, caminar elevando rodillas, etc.

• Terapia acuática. La importancia del medio acuático en la rehabilitación de la marcha y el equilibrio tras un ictus es muy importante.

Discusión:

En un primer momento, en la fase aguda del ictus, se realizan sesiones diarias que irán disminuyendo según la evolución del paciente y conforme se vayan consiguiendo los objetivos.

Se comienza trabajando con movilizaciones activo-asistidas para conseguir reestablecer el patrón completo del movimiento e ir ganando en fuerza. Las órdenes verbales son muy importantes a la hora de realizar la rehabilitación, sobre todo al trabajar con el método Bobath y Kabat. Ofrecerle seguridad en la bipedestación y la marcha al paciente es clave para generar confianza y progresar. En este caso, tras un mes de tratamiento el paciente es capaz de mantenerse de pie completamente solo y dar pequeños pasos con la sola ayuda de una muleta.

El paciente continúa la rehabilitación durante 3 meses, en los que al finalizar tiene un patrón de marcha normal sin prácticamente alteraciones, y un aumento de la fuerza tanto en miembro superior como inferior que le permite realizar todas las actividades de la vida diaria con normalidad. Persiste ligeramente la Omalgia izquierda.

Respecto al equilibrio, donde hemos centrado la mayor parte de la rehabilitación ya que es uno de los factores más importantes a tratar tras un ACV, el paciente se encuentra con total seguridad tanto en las transferencias como en sedestación y bipedestación.

Por lo tanto, se decide dar alta en servicio de fisioterapia, recomendando una práctica diaria de actividad física y proseguir con hábitos saludables.

Conclusiones:

Las técnicas de fisioterapia elegidas para el tratamiento como el diseño de cada una de las sesiones han conseguido que los objetivos establecidos en un principio se hayan cumplido, habiendo sido muy importante la rápida intervención. Un comienzo temprano en la rehabilitación proporciona mayor posibilidad de éxito del tratamiento al encontrarnos en la fase aguda de la lesión.

El tratamiento ha servido para mejorar tanto la fuerza del paciente, como el equilibrio (estático y dinámico) y la marcha.

Es importante instaurar en el paciente hábitos saludables y de práctica de ejercicio habitual, con el objetivo principal de evitar episodios similares en el futuro.

También es muy importante la pronta derivación de pacientes que sufren ACV a las unidades de fisioterapia y evitar innecesarias esperas, puesto que el comienzo de la rehabilitación cuanto antes ofrece una mayor y mejor recuperación.

Bibliografía

1.- Arias Cuadrado Á. Rehabilitación del ACV: evaluación, pronóstico y tratamiento. Vol. 70, Galicia Clin. 2009.

2.-B.Paeth. Experiencias con el concepto Bobat: Fundamentos, tratamientos y casos. 2º Edición Revisada. Buenos Aires; Madrid: Mádica Panamericana. 2006 p5.

3.-Díez Tejedor E, Del Bruto O, AlvarezSabín J, Muñoz M, Abiusi G. Clasificación de las enfermedades cerebrovasculares. Sociedad Iberoamericana de Enfermedades Cerebrovasculares. RevNeurol. 2001;33:455-64.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 163

Relación de Lactancia Materna Exclusiva y desarrollo cognitivo del Bebé

García Serrano, Ainhoa
Damas Ureña, Miguel
García Ceballos, Macarena

RELACIÓN DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y DESARROLLO COGNITIVO DEL BEBÉ

Autores: García Serrano, Ainhoa; Damas Ureña, Miguel; García Ceballos, Macarena.

INTRODUCCIÓN

Según la OMS la lactancia materna es la forma más eficaz de garantizar la salud y la supervivencia de los niños ya que es segura y limpia.

La leche materna contiene a demás de todos los nutrientes que el lactante necesita, anticuerpos que les protegerán de las enfermedades los primeros meses de vida.

La OMS y UNICEF recomiendan que los neonatos sean alimentados exclusivamente de leche materna los primeros 6 meses, a partir de aquí comenzar con la alimentación complementaria y continuar con la lactancia materna hasta los 2 años o hasta que madre e hijo lo decidan.

La lactancia materna no sólo nutre y protege frente a enfermedades, si no que se ha demostrado que los niños amantados con leche materne muestran un desempeño mejor en las pruebas de inteligencia (OMS)

MATERIAL Y MÉTODO

Para la realización de esta revisión bibliográfica hemos basado nuestra búsqueda las siguientes bases de datos: Google Academy, PubMed, Scielo y CUIDEN
Los estudios que hemos utilizados para extraer conclusiones son del del período comprendido desde 2013 hasta hoy.
Los descriptores utilizados han sido: *lactancia materna, desarrollo cognitivo, inteligencia, leche materna*

OBJETIVOS

El objetivo de esta revisión bibliográfica es demostrar que los bebés que han recibido lactancia materna exclusiva los 6 primeros meses de vida y más allá del primer años tienen un desarrollo cognitivo mayor que aquellos que no la han recibido.

RESULTADOS

Después de analizar los estudios consultados, obtenemos como resultado que los niños y niñas que han sido amamantados con lactancia materna exclusiva más allá de los 3 meses de vida obtienen mayor puntuación en los test de desarrollo cognitivo.
También algunos estudios revelan que una lactancia materna que haya durado más de 6 meses puede tener un efecto protector para el déficit de atención y el trastorno del espectro autista.
En algunos estudio[4] demuestran cómo en lactantes con bajo peso al nacer que fueron alimentados con LM su desarrollo neurológico a los 18 meses de vida corregidos fue significativamente mayor que aquellos que fueron alimentados con leches de fórmula para prematuros.

CONCLUSIÓN

Después de todo lo analizado podemos obtener como resultado, que efectivamente, la lactancia materna exclusiva "prolongada" influye positivamente tanto en el lactante como en la madre.
Al analizar recientes estudios que se basan en investigaciones de campo, comprobamos que la LM aporta los nutrientes necesarios para el bebé, refuerza el sistema inmunológico de este y participa en el desarrollo cognitivo, lo que se ve reflejado en su coeficiente intelectual, ya que al compararlos con test de neurodesarrollo con aquellos niños que han recibido lactancia artificial podemos comprobar que los de LM obtienen mayor resultado que los alimentados de fórmula

BIBLIOGRAFIA

1. Gastélum-Reina A, Hurtado-Valenzuela JG. Lactancia materna e inteligencia. Breve revisión bibliográfica. Bol Clin Hosp Infantil Edo Hijo. 2020;37 (1):29-33.
2. Horta B, de Sousa B, De Mola C. Lactancia materna y resultados del desarrollo neurológico. Opinión Actual en Nutrición Clínica y Atención Metabólica. 2018; 21(3): 174-178.
3. Brahm Paulina, Valdés Verónica. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2017
4. Hair, A. B., Patel, A. L., Kiechl-Kohlendorfer, U., Kim, J. H., Schanler, R. J., Hawthorne, K. M., Itriago, E., Abrams, S. A., & Blanco, C. L. (2022). Neurodevelopmental outcomes of extremely preterm infants fed an exclusive human milk-based diet versus a mixed human milk + bovine milk-based diet: a multi-center study. *Journal of perinatology : official journal of the California Perinatal Association*, *42*(11), 1485–1488. https://doi.org/10.1038/s41372-022-01513-3
5. O'Connor DL, Gibbins S, Kiss A, Bando N, Brennan-Donnan J, Ng E, et al. Efecto de la leche humana suplementaria de donante en comparación con la fórmula para prematuros en el desarrollo neurológico de bebés de muy bajo peso al nacer a los 18 meses: un ensayo clínico aleatorizado. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2016; 316 :1897–905. doi: 10.1001/jama.2016.16144

Resumen: Los beneficios de la lactancia materna (LM) son innumerables, tanto para el recién nacido como para la madre. La lactancia materna es el alimento natural y óptimo para el recién nacido, ya que una lactancia materna puede prevenir hasta el 13% de las muertes infantiles y la muerte súbita en el mundo. Los beneficios de la lactancia materna van desde protección inmunológica, aporte óptimo de nutrientes y según algunos recientes estudios, una LM más allá de los 3-6 meses tiene un papel fundamental en el desarrollo neurocognitivo del lactante. En este último beneficio de la LM centraremos nuestro trabajo.

Palabras Clave: Lactancia materna, Inteligencia, Leche materna

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Según la OMS la lactancia materna es la forma más eficaz de garantizar la salud y la supervivencia de los niños ya que es segura y limpia.

La leche materna contiene además de todos los nutrientes que el lactante necesita, anticuerpos que les protegerán de las enfermedades los primeros meses de vida.

La OMS y UNICEF recomiendan que los neonatos sean alimentados exclusivamente de leche materna los primeros 6 meses, a partir de aquí comenzar con la alimentación complementaria y continuar con la lactancia materna hasta los 2 años o hasta que madre e hijo lo decidan.

La lactancia materna no sólo nutre y protege frente a enfermedades, si no que se ha demostrado que los niños amantados con leche materne muestran un desempeño mejor en las pruebas de inteligencia (OMS)

Material y Método:

Para la realización de esta revisión bibliográfica hemos basado nuestra búsqueda las siguientes bases de datos: Google Academy, PubMed, Scielo y CUIDEN

Los estudios que hemos utilizados para extraer conclusiones son del del período comprendido desde 2013 hasta hoy.

Los descriptores utilizados han sido: *lactancia materna, desarrollo cognitivo, inteligencia, leche materna*

Objetivos:

El objetivo de esta revisión bibliográfica es demostrar que los bebés que han recibido lactancia materna exclusiva los 6 primeros meses de vida y más allá del primer año tienen un desarrollo cognitivo mayor que aquellos que no la han recibido.

Resultados:

Después de analizar los estudios consultados, obtenemos como resultado que los niños y niñas que han sido amamantados con lactancia materna exclusiva más allá de los 3 meses de vida obtienen mayor puntuación en los test de desarrollo cognitivo.

También algunos estudios revelan que una lactancia materna que haya durado más de 6 meses puede tener un efecto protector para el déficit de atención y el trastorno del espectro autista.

En algunos estudio[4] demuestran cómo en lactantes con bajo peso al nacer que fueron alimentados con LM su desarrollo neurológico a los 18 meses de vida corregidos fue significativamente mayor que aquellos que fueron alimentados con leches de fórmula para prematuros.

Conclusión:

Después de todo lo analizado podemos obtener como resultado, que efectivamente, la lactancia materna exclusiva “prolongada” influye positivamente tanto en el lactante como en la madre.

Al analizar recientes estudios que se basan en investigaciones de campo, comprobamos que la LM aporta los nutrientes necesarios para el bebé, refuerza el sistema inmunológico de este y participa en el desarrollo cognitivo, lo que se ve reflejado en su coeficiente intelectual, ya que al compararlos con test de neurodesarrollo con aquellos niños que han recibido lactancia artificial podemos comprobar que los de LM obtienen mayor resultado que los alimentados de fórmula

Bibliografía

1.- Gastélum-Reina A, Hurtado-Valenzuela JG. Lactancia materna e inteligencia. Breve revisión bibliográfica. Bol Clin Hosp Infantil Edo Hijo. 2020;37 (1):29-33.

2.- Horta B, de Sousa B, De Mola C. Lactancia materna y resultados del desarrollo neurológico. Opinión Actual en Nutrición Clínica y Atención Metabólica. 2018; 21(3): 174-178.

3.- Brahm Paulina, Valdés Verónica. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2017

4.- Hair, A. B., Patel, A. L., Kiechl-Kohlendorfer, U., Kim, J. H., Schanler, R. J., Hawthorne, K. M., Itriago, E., Abrams, S. A., & Blanco, C. L. (2022). Neurodevelopmental outcomes of extremely preterm infants fed an exclusive human milk-based diet versus a mixed human milk + bovine milk-based diet: a multi-center study. Journal of perinatology : o*fficial journal of the California Perinatal Association*, 42(11), 1485–1488. https://doi.org/10.1038/s41372-022-01513-3

5.- O'Connor DL, Gibbins S, Kiss A, Bando N, Brennan-Donnan J, Ng E, et al. Efecto de la leche humana suplementaria de donante en comparación con la fórmula para prematuros en el desarrollo neurológico de bebés de muy bajo peso al nacer a los 18 meses: un ensayo clínico aleatorizado. JAMA - J Am Med Assoc. 2016; 316 :1897–905. doi: 10.1001/jama.2016.16144

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 164

Relación entre ejercicio aeróbico y fibrilación auricular. Revisión bibliográfica.

García Díaz, María de los Reyes
Mora Muñoz, Juan David
Corredor Rodenas, María Teresa
Díaz Fernández, Elena
Gijón Ruiz, María de Gracia
Cruz Moreno, Encarnación

RELACIÓN ENTRE EJERCICIO AERÓBICO Y FIBRILACIÓN AURICULAR. REVISIÓN BIBILIOGRÁFICA.

AUTORES: García Díaz M.R.; Mora Muñoz J.D. ; Corredor Rodenas M.T.; Díaz Fernández E.; Gijón Ruiz M.G.; Cruz Moreno E.

INTRODUCCIÓN

La fibrilación auricular es la arritmia cardiaca más común en la población adulta y su incidencia ha aumentado en los últimos años. Se estima que la prevalencia es del 1-2 % en la población general y de hasta el 15% en personas mayores de 80 años, pero dado que suele ser asintomática y silenciosa, estos datos podrían estar subestimados.
La fibrilación auricular se caracteriza por tener latidos rápidos e irregulares. Tratada de forma adecuada, es una arritmia benigna y sin complicaciones; pero a veces, si perdura en el tiempo y no se pauta un tratamiento, puede conllevar en el paciente el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular e insuficiencia cardiaca.

Normalmente se asocia a factores de riesgo cardiovascular, como la edad, la hipertensión arterial y la obesidad. Pero en los últimos años, diversos estudios también la han asociado al ejercicio físico de predominio aeróbico de alta intensidad y larga duración.

OBJETIVO

Analizar y evaluar la evidencia científica que existe sobre la relación entre fibrilación auricular y ejercicio físico aeróbico, así como identificar los factores de riesgo que pueden influir en dicha asociación.

METODOLOGÍA

Se realiza una búsqueda en las bases de datos Pubmed y Scielo, llevando a cabo una revisión bibliográfica comparando estudios que analicen la relación entre la práctica de ejercicio aeróbico y la fibrilación auricular.
Los términos de búsqueda fueron: ejercicio y fibrilación auricular, como operador boleano se utilizó AND. Se seleccionaron trabajos desde 2013 al 2023, en los idiomas inglés y español.

RESULTADOS

La búsqueda inicial identificó un total de 26 estudios. Tras la lectura, revisión y contraste se eligieron 4 para profundizar en ellos, 3 de la base de datos Pubmed y 1 de la base de datos Scielo.

- Un estudio de cohortes realizado en Corea con 501.690 personas (desde el 2002 hasta el 2013), sin fibrilación auricular preexistente y edad media 47,6 +/- 14,3 años determinó que aunque no está clara la asociación entre el nivel de actividad física y el riesgo de padecer FA, sí se puede constatar que la actividad física moderada se relaciona con un riesgo reducido de FA, mientras que el ejercicio físico de alta intensidad o resistencia en varones jóvenes y de mediana edad, se asocia con un mayor riesgo de FA. (Jin MN, Yang PS, Song C, Yu HT, Kim TH, Sung JH, Pak HN, Joung B, 2019).

- Otro estudio prospectivo se centró en 2.479 personas sin patología cardiaca conocida. Los participantes fueron seguidos por FA diagnosticada en el hospital desde 1994 hasta 2016. En los resultados se observa que los individuos moderadamente activos tenían un 32% menos de riesgo de sufrir FA que las personas inactivas. Así también el riesgo de fibrilación auricular en pacientes activos con agrandamiento de la aurícula izquierda fue un 45 % menor que en los participantes inactivos con la aurícula izquierda en las mismas condiciones. Como última conclusión se extrajo que en los participantes activos, no era significativo el agrandamiento de la aurícula izquierda. (Heitmann KA, Lochen ML, Stylidis M, Hopstock LA, Schirmer H, Morseth B, 2022).

- En un artículo publicado en la “European Journal of Preventive Cardiology” se habla sobre la compleja relación entre la actividad física y la fibrilación auricular.
Se hace alusión a un estudio realizado por Morset y colaboradores que se llevó a cabo durante 20 años en 20.484 adultos. Como conclusión se extrae que el riesgo de fibrilación auricular fue mayor, pero no de forma significativa, en individuos vigorosamente activos que en el grupo que realizaba baja actividad física.
También indican que un metaanálisis posterior mostró que los atletas de resistencia tenían 5,3 veces más probabilidades de desarrollar una FA que el grupo control. (Seccia TM, Calò LA, 2018).

- Por último, en un artículo de revisión para la “Revista Argentina de Cardiología”, se explica que actualmente, el entrenamiento de resistencia de alta intensidad es reconocido como un componente de la entidad considerada como FA “solitaria” o “idiopática”, y puede estar presente hasta en un 40% de estos deportistas. También se expone que la frecuencia de fibrilación auricular en atletas es de 2 a 10 veces mayor que en individuos sedentarios. Por otra parte, señala que, como hasta un tercio de los individuos se mantienen asintomáticos, el diagnóstico se ve obstaculizado, centrándose en atletas de élite de mediana edad. (Fonseca SR, Labadet C, 2022).

CONCLUSIONES

La fibrilación auricular es comúnmente causada por hipertensión arterial que está asociada frecuentemente con sobrepeso/obesidad. En estos casos, estaría indicada la realización de ejercicio adaptado a las condiciones del paciente para disminuir dichos factores de riesgo. Por otra parte, la evidencia también ha demostrado que la práctica de ejercicio aeróbico de alta intensidad y larga duración puede aumentar el riesgo de desarrollar FA. Entre las posibles causas podrían estar el aumento de tamaño de la aurícula por la sobrecarga de presión y volumen, la fibrosis y un mayor tono vagal, que genera bradicardia y acortamiento del periodo refractario auricular.

Entonces, tanto la inactividad como el ejercicio físico intenso favorecen el desarrollo de la FA ; no obstante, el deporte, en cualquier modalidad y adaptado siempre a las circunstancias y necesidades de la persona, debe de estar recomendado porque sus beneficios a nivel cardiovascular siempre van a ser mayores que sus posibles perjuicios.

SATSE

SATSE

Resumen: La fibrilación auricular es la arritmia más común en la población adulta. Normalmente se asocia a factores de riesgo cardiovascular, pero diversos estudios también la relacionan con el ejercicio aeróbico intenso que se realiza durante años. El objetivo del trabajo es analizar la relación que existe entre ejercicio aeróbico y la fibrilación auricular.

Se ha realizado una revisión bibliográfica en varias bases de datos.

Las conclusiones son que, aunque los atletas de deportes intensos tienen más probabilidad de padecer fibrilación auricular, la realización de actividad física moderada es mucho más beneficiosa que la inactividad.

Palabras Clave: Fibrilación auricular, Ejercicio físico, Efectos adversos.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardiaca más común en la población adulta y su incidencia ha aumentado en los últimos años. Se estima que la prevalencia es del 1-2 % en la población general y de hasta el 15% en personas mayores de 80 años, pero dado que suele ser asintomática y silenciosa, estos datos podrían estar subestimados.

La fibrilación auricular se caracteriza por tener latidos rápidos e irregulares. Tratada de forma adecuada, es una arritmia benigna y sin complicaciones;pero a veces, si perdura en el tiempo y no se pauta un tratamiento, puede conllevar en el paciente el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular e insuficiencia cardiaca.

Normalmente se asocia a factores de riesgo cardiovascular, como la edad, la hipertensión arterial y la obesidad. Pero en los últimos años, diversos estudios también la han asociado al ejercicio físico de predominio aeróbico de alta intensidad y larga duración.

Objetivos:

Analizar y evaluar la evidencia científica que existe sobre la relación entre fibrilación auricular y ejercicio físico aeróbico, así como identificar los factores de riesgo que pueden influir en dicha asociación.

Material y Método:

Se realiza una búsqueda en las bases de datos Pubmed y Scielo, llevando a cabo una revisión bibliográfica comparando estudios que analicen la relación entre la práctica de ejercicio aeróbico y la fibrilación auricular. Los términos de búsqueda fueron: ejercicio y fibrilación auricular, como operador booleano se utilizó AND. Se seleccionaron trabajos desde 2013 al 2023, en los idiomas inglés y español.

Resultados:

La búsqueda inicial identificó un total de 26 estudios. Tras la lectura, revisión y contraste se eligieron 4 para profundizar en ellos, 3 de la base de datos Pubmed y 1 de la base de datos Scielo.

- Un estudio de cohortes realizado en Corea con 501.690 personas (desde el 2002 hasta el 2013), sin fibrilación auricular preexistente y edad media 47,6 +/-14,3 años determinó que, aunque no está clara la asociación entre el nivel de actividad física y el riesgo de padecer FA, sí se puede constatar que la actividad física moderada se relaciona con un riesgo reducido de FA, mientras que el ejercicio físico de alta intensidad o resistencia en varones jóvenes y de mediana edad, se asocia con un mayor riesgo de FA.

- Otro estudio prospectivo se centró en 2.479 personas sin patología cardiaca conocida. Los participantes fueron seguidos por FA diagnosticada en elhospital desde 1994 hasta 2016. En los resultados se observa que los individuos moderadamente activos tenían un 32% menos de riesgo de sufrir FA que las personas inactivas. Así también el riesgo de fibrilación auricular en pacientes activos con agrandamiento de la aurícula izquierda fue un 45 % menor que en los participantes inactivos con la aurícula izquierda en las mismas condiciones.

Como última conclusión se extrajo que, en los participantes activos, no era significativo el agrandamiento de la aurícula izquierda.

- En un artículo publicado en la “European Journal of Preventive Cardiology” se habla sobre la compleja relación entre la actividad física y la fibrilación auricular.

Se hace alusión a un estudio realizado por Morset y colaboradores que se llevó a cabo durante 20 años en 20.484 adultos. Como conclusión se extrae que el riesgo de fibrilación auricular fue mayor, pero no de forma significativa, en individuos vigorosamente activos que en el grupo que realizaba baja actividad física.

También indican que un metaanálisis posterior mostró que los atletas de resistencia tenían 5,3 veces más probabilidades de desarrollar una FA que el grupo control.

- Por último, en un artículo de revisión para la “Revista Argentina de Cardiología”, se explica que actualmente, el entrenamiento de resistencia de alta intensidad es reconocida como un componente de la entidad considerada como FA “solitaria” o “idiopática”, y puede estar presente hasta en un 40% de estos deportistas. También se expone que la frecuencia de fibrilación auricular en atletas es de 2 a 10 veces mayor que en individuos sedentarios. Por otra parte, señala que, como hasta un tercio de los individuos se mantienen asintomáticos, el diagnóstico se ve obstaculizado, centrándose en atletas de élite de mediana edad.

Discusión:

La fibrilación auricular es comúnmente causada por hipertensión arterial que está asociada frecuentemente con sobrepeso/obesidad. En estos casos, estaría indicada la realización de ejercicio adaptado a las condiciones del paciente para disminuir dichos factores de riesgo. Por otra parte, la evidencia también ha demostrado que la práctica de ejercicio aeróbico de alta intensidad y larga duración puede aumentar el riesgo de desarrollar FA. Entre las posibles causas podrían estar el aumento de tamaño de la aurícula por la sobrecarga de presión y volumen, la fibrosis y un mayor tono vagal, que genera bradicardia y acortamiento del periodo refractario auricular.

Conclusiones:

Entonces, tanto la inactividad como el ejercicio físico intenso favorecen el desarrollo de la FA; no obstante, el deporte, en cualquier modalidad y adaptado siempre a las circunstancias y necesidades de la persona, debe de estar recomendado porque sus beneficios a nivel cardiovascular siempre van a ser mayores que sus posibles perjuicios.

Bibliografía

1.- Jin MN, Yang PS, Song C, Yu HT, Kim TH, Sung JH, Pak HN, Joung B. Physical Activity and Risk of Atrial Fibrilation: A Nationwide Cohort Study in General Population. Sci Rep. 2019 Sep 13;9(1):13270.

2.- Heitmann KA, Lochen ML, Stylidis M, Hopstock LA, Morseth B. Associations between physical activity, left atrial size and incident atrial fibrilation: the Tromso Study 1994-2016.Open Heart 2022 Jan;9(1):e001823.

3.- Seccia TM, Calò LA. Is exercise becoming a danger for our health? The complex relationship between exercise and atrial fibrilation. Eur J Prev Cardiol.2018 Apr; 25(6):621-623.

4.- Fonseca SR, Labadet C. Atrial Fibrilation in Atthletes: Is Adaptability a Synonnym of Risk?. Rev. argent. cardiol. Vol.90 no.1 Ciudad Autónoma de Buenos Aires mar. 2022 Epub 01-Mar-2022

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 165

Relación entre la Seguridad del Paciente y el Ratio enfermera–cama

Tentea, Laura Luminita
Manzaneque López, Gemma
López Ruiz, Cecilia María
Díaz Gallego, César

SATSE

XIV Congreso
de Investigación SATSE. Ciudad Real.

RELACIÓN ENTRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y EL RATIO ENFERMERA-CAMA

AUTORES: Tentea Laura L; Manzaneque López, G; López Ruiz C.M; Diaz Gallego C;

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente se define como la ausencia de lesiones o complicaciones que son evitables o pueden ser producidas como consecuencia de la atención a la salud recibida por las actuaciones del personal sanitario. La calidad asistencial es una condición que va unida a la seguridad del paciente.

La seguridad de los pacientes y la calidad asistencial, son fundamentales para prevenir y reducir los riesgos asociados a la atención sanitaria durante la estancia del paciente en el hospital.

El ratio enfermera-paciente se traduce como el número mínimo de enfermeras a cargo de un determinado número de pacientes, que influye directamente en la calidad asistencial si la carga de trabajo es elevada o hay poco personal.

OBJETIVOS

Encontrar evidencias actuales que demuestren la efectividad del aumento ratio enfermera-cama y su relación con la seguridad de los pacientes hospitalizados.

Mejorar la calidad de atención a los pacientes en relación al ratio enfermera-paciente.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión de bases de datos PUBMED, SciELO, SCIENCE DIRECT, LILACS.

Criterios para la inclusión: artículos publicados en inglés, portugués y español, con resúmenes disponibles en bases de datos seleccionados en el período comprendido 2019 al 2023.

Criterios de exclusión: fueron los estudios que no tenían ninguna relación con los conceptos, métodos y propósito de este estudio.

RESULTADOS

En España, según estadísticas de la OMS, el ratio enfermera-paciente se sitúa con 12,7 pacientes por cada enfermera.

En la unidad de hospitalización general, se ha percibido que el riesgo de mortalidad puede aumentar en un 7%, incluso llegar a incrementar la tasa de incidencia hasta 13 veces en periodos de escasez de personal,cuando el ratio se sitúa en torno a 10 pacientes por enfermera.

Muchos de los estudios constatan la asociación entre morbi-mortalidad en unidades de agudos y de Cuidados Críticos, con el déficit de plantillas de enfermeras.

Asimismo, estudios más recientes reflejan que el déficit de enfermeras repercute en el seguimiento de los pacientes crónicos.

CONCLUSIONES

En la actualidad estamos asistiendo a un gran volumen de estudios que certifican que una dotación insuficiente de enfermeras en las unidades de hospitalización se relaciona directamente con omisiones fundamentales en los cuidados del paciente y que puede implicar sucesos adversos en ellos.

Tener a cargo un elevado número de pacientes por enfermera aumenta la probabilidad de sufrir errores iatrogénicos, caídas o incremento en la tasa de las infecciones, que influye directamente en un mayor número de estancias hospitalarias e incluso mayores tasas de mortalidad.

El personal de enfermería es parte responsable de los cuidados integrales del paciente, por ello, promover y garantizar la seguridad al paciente mediante la mejora del ratio enfermera–paciente, debe ser el primer paso para impedir o reducir los posibles efectos adversos que afecten a su salud.

Resumen: La seguridad del paciente y la ratio enfermera-cama, en el ámbito de los servicios de salud, se consideran de calidad cuando carecen de deficiencias y satisfacen las necesidades del usuario, incluyendo los aspectos de coste-beneficio. Es por esto que se considere probablemente la característica más apreciada tanto por los pacientes como por los profesionales sanitarios. Actualmente, está adquiriendo un interés creciente y es uno de los principales ejes en la asistencia sanitaria.

Palabras Clave: Seguridad del paciente, Servicios de Salud, Prevención

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La seguridad del paciente se define como la ausencia de lesiones o complicaciones que son evitables o pueden ser producidas como consecuencia de la atención a la salud recibida por las actuaciones del personal sanitario. La calidad asistencial es una condición que va unida a la seguridad del paciente.

La seguridad de los pacientes y la calidad asistencial, son fundamentales para prevenir y reducir los riesgos asociados a la atención sanitaria durante la estancia del paciente en el hospital.

La ratio enfermera-paciente se traduce como el número mínimo de enfermeras a cargo de un determinado número de pacientes, que influye directamente en la calidad asistencial si la carga de trabajo es elevada o hay poco personal.

Objetivos:

Encontrar evidencias actuales que demuestren la efectividad del aumento ratio enfermera-cama y su relación con la seguridad de los pacientes hospitalizados.

Mejorar la calidad de atención a los pacientes en relación a la ratio enfermera-paciente.

Material y Método:

Revisión de bases de datos PUBMED, SciELO, SCIENCE DIRECT, LILACS

Criterios para la inclusión: artículos publicados en inglés, portugués y español, con resúmenes disponibles en bases de datos seleccionados en el período comprendido 2019 al 2023

Criterios de exclusión: fueron los estudios que no tenían ninguna relación con los conceptos, métodos y propósito de este estudio.

Resultados:

En España, según estadísticas de la OMS, la ratio enfermera-paciente se sitúa con 12,7 pacientes por cada enfermera.

En la unidad de hospitalización general, se ha percibido que el riesgo de mortalidad puede aumentar en un 7%, incluso llegar a incrementar la tasa de incidencia hasta 13 veces en periodos de

escasez de personal, cuando la ratio se sitúa en torno a 10 pacientes por enfermera.

Muchos de los estudios constatan la asociación entre morbi-mortalidad en unidades de agudos y de Cuidados Críticos, con el déficit de plantillas de enfermeras.

Asimismo, estudios más recientes reflejan que el déficit de enfermeras repercute en el seguimiento de los pacientes crónicos

Conclusiones:

En la actualidad estamos asistiendo a un gran volumen de estudios que certifican que una dotación insuficiente de enfermeras en las unidades de hospitalización se relaciona directamente con omisiones fundamentales en los cuidados del paciente y que puede implicar sucesos adversos en ellos.

Tener a cargo un elevado número de pacientes por enfermera aumenta la probabilidad de sufrir errores iatrogénicos, caídas o incremento en la tasa de las infecciones, que influye directamente en un mayor número de estancias hospitalarias e incluso mayores tasas de mortalidad.

El personal de enfermería es parte responsable de los cuidados integrales del paciente, por ello, promover y garantizar la seguridad al paciente mediante la mejora de la ratio enfermera–paciente, debe ser el primer paso para impedir o reducir los posibles efectos adversos que afecten a su salud.

Bibliografía

1.- De D, De Dénia S. PLAN DE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES [Internet]. Marinasalud.es. [cited 2023 May 20]. Available from: https://www.marinasalud.es/wp-content/uploads/2020/06/PLAN_DE_SEGURIDAD_2019_DE_LOS_PACIENTES_DSD_v3.0_low.pdf

2.-Madrid Rodríguez A, Hernández Borges A. La calidad asistencial y seguridad del paciente, componentes clave en la atención. An Pediatr (Barc) [Internet]. 2022 [cited 2023 May 20];97(4):227–8. Available from: https://www.analesdepediatria.org/es-la-calidad-asistencial-seguridad-del-articulo-S1695403322001837

3.- Peradejordi-Torres RM, Valls-Matarín J. Percepción de la cultura de seguridad del paciente en un área de críticos. Enferm Intensiva [Internet]. 2023; Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239922001146

4.- Ayuso-Fernandez MA, Gomez-Rosado JC, Barrientos-Trigo S, Rodríguez-Gómez S, Porcel-Gálvez AM. Impacto de la ratio paciente-enfermera en los resultados de salud en los hospitales públicos del Servicio Andaluz de Salud. Estudio ecológico. Enferm Clín (Engl Ed) [Internet]. 2021;31(6):344–54. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862120305544

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 166

Relación entre Sobrepeso u Obesidad con el Rendimiento Académico

Arribas Toldos, Jaime

RELACIÓN ENTRE SOBREPESO U OBESIDAD CON EL RENDIMIENTO ACADÉMICO



INTRODUCCIÓN

Una alimentación saludable es la que aporta al organismo las cantidades adecuadas de nutrientes esenciales y la energía que necesita para mantenerse sano a través del consumo de los distintos alimentos. En términos generales define la salud, el crecimiento y el desarrollo de las personas ya que es la que permite mantener al organismo en un funcionamiento óptimo, pudiendo conservar y restablecer la salud, disminuyendo el riesgo de padecer enfermedades y promoviendo el crecimiento y el desarrollo óptimo. Esta alimentación debe estar adaptada a cada persona, estar determinada e influenciada por las características individuales y específicas de cada uno como la edad, el sexo, la composición corporal, los hábitos de vida, la actividad física, el estado fisiológico, el contexto cultural y los hábitos alimentarios. (OMS, 2018)

OBJETIVOS

Analizar resultados de estudios existentes sobre la relación entre estudiantes con sobrepeso u obesidad y el rendimiento académico.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza una revisión bibliográfica usando estudios previos que analicen la relación entre estudiantes con sobrepeso u obesidad con el rendimiento escolar basándose en varios aspectos como la calidad de la dieta o consumo de algunos tipos de productos considerados no saludables. Se realizó una búsqueda en tres bases de datos: Scielo, Medline y Scopus. Se utilizaron como palabras clave: dieta, calidad, nutrientes, hábitos alimenticios y rendimiento escolar. Se seleccionaron artículos posteriores a 2013 y en los idiomas inglés y en español.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Un estudio de 2014 concluyó que el aporte calórico y nutricional está asociado con la cognición y con el desarrollo académico de los estudiantes, sobre todo en la etapa de la adolescencia. De los estudiantes que participaron en el estudio, los que mantenían un peso considerado en un rango normal obtuvieron mejores resultados que los compañeros que presentaban un peso en un rango superior. Estos últimos consumían más calorías diarios que el resto de sus compañeros (K Miller, S Hooper, R Simeonsson, 2014).

En un estudio de 2013 se asoció una disminución del volumen cerebral de adolescentes que padecían obesidad, lo que sugería que esta disminución causaría una reducción en el cociente de inteligencia en este grupo de personas (Santurtún et al. 2013).

Otro estudio realizado en Noruega sobre los problemas de comportamiento y rendimiento escolar concluyeron que los que mantuvieron hábitos dietéticos y nutricionales considerados saludables como tomar el desayuno se relacionaba con un menor número de problemas en el entorno escolar. Mantener un consumo óptimo de frutas, verduras y pescado también se relaciona con este menor número de problemas en el entorno escolar.

A su vez vieron que los que mantenían un alto consumo de productos denominados insanos como productos con alto contenido en azúcar, snacks, pizza, refrescos azucarados, etc. presentaban un mayor número de problemas de conducta en el entorno escolar (Verby & Hoigaard, 2012)

CONCLUSIÓN

El mantener un peso considerado en rangos normales, buenos hábitos de alimentación y una dieta variada y de calidad influye de forma positiva en el rendimiento académico y funciones cognitivas ya que una alimentación saludable ayuda a mantener un desarrollo y mantenimiento óptimo de todas las funciones orgánicas.

REFERENCIAS
OMS. (2018). Alimentación sana. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet
K Miller, S Hooper, R Simeonsson, S. T. (2014). Weighing in on the Relationship between Macronutrient Intake, Weight Status, Cognitive Functioning, and Academic Performance in School-Aged Children. European Journal of Emergency Medicine, 29(6), 550. https://doi.org/10.1097/00063110-199803000-00112
Santurtún, M. T., Noriega, M. J., & Durá, M. J. (2013). Influencia de la obesidad y la estructura familiar sobre el rendimiento académico en adolescentes. Nuberos Científica, 2(9), 38–44.
Øverby, N., & Høigaard, R. (2012). Diet and behavioral problems at school in Norwegian adolescents. Food and Nutrition Research, 56(May 2014). https://doi.org/10.3402/fnrv56i0.17231

AUTORES:
JAIME ARRIBAS TOLDOS

Resumen: Una alimentación saludable es indispensable para mantener un óptimo funcionamiento del organismo y garantizar un desarrollo saludable. Esta debe estar adaptada a cada en base a sus necesidades. En esta revisión se ha querido relacionar el sobrepeso u obesidad con el rendimiento académico. Se llega a la conclusión de que el mantenimiento de un peso establecido en rangos normales obtenía mejores resultados académicos, tenían un mayor coeficiente intelectual. También se ha demostrado la relación de una dieta insana con mayor número de problemas en el entorno escolar.

Palabras Clave: Sobrepeso, Rendimiento Académico, Nutrición

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Una alimentación saludable es la que aporta al organismo las cantidades adecuadas de nutrientes esenciales y la energía que necesita para mantenerse sano a través del consumo de los distintos alimentos. En términos generales define la salud, el crecimiento y el desarrollo de las personas ya que es la que permite mantener al organismo en un funcionamiento óptimo, pudiendo conservar y restablecer la salud, disminuyendo el riesgo de padecer enfermedades y promoviendo el crecimiento y el desarrollo óptimo. Esta alimentación debe estar adaptada a cada persona, estar determinada e influenciada por las características individuales y específicas de cada uno como la edad, el sexo, la composición corporal, los hábitos de vida, la actividad física, el estado fisiológico, el contexto cultural y los hábitos alimentarios. (OMS, 2018).

Objetivos:

Analizar resultados de estudios existentes sobre la relación entre estudiantes con sobrepeso u obesidad y el rendimiento académico. .

Material y Método:

Se realiza una revisión bibliográfica usando estudios previos que analicen la relación entre estudiantes con sobrepeso u obesidad con el rendimiento escolar basándose en varios aspectos como la calidad de la dieta o consumo de algunos tipos de productos considerados no saludables. Se realizó una búsqueda en tres bases de datos: Scielo, Medline y Scopus. Se utilizaron como palabras clave: dieta, calidad, nutrientes, hábitos alimenticios y rendimiento escolar. Se seleccionaron artículos posteriores a 2013 y en los idiomas inglés y en español.

Resultados:

Un estudio de 2014 concluyó que el aporte calórico y nutricional está asociado con la cognición y con el desarrollo académico de los estudiantes, sobre todo en la etapa de la adolescencia. De los estudiantes que participaron en el estudio, los que mantenían un peso considerado en un rango normal obtuvieron mejores resultados que los compañeros que presentaban un peso en un rango superior. Estos últimos consumían más calorías diarias que el resto de sus compañeros (K Miller, S Hooper, R Simeonsson, 2014).

En un estudio de 2013 se asoció una disminución del volumen cerebral de adolescentes que padecían obesidad, lo que sugería que esta disminución causaría una reducción en el cociente de inteligencia en este grupo de personas (Santurtún et al. 2013).

Otro estudio realizado en Noruega sobre los problemas de comportamiento y rendimiento escolar concluyeron que los que mantuvieron hábitos dietéticos y nutricionales considerados saludables como tomar el desayuno se relacionaba con un menor número de problemas en el entorno escolar. Mantener un consumo óptimo de frutas, verduras y pescado también se relaciona con este menor número de problemas en el entorno escolar.

A su vez vieron que los que mantenían un alto consumo de productos denominados insanos como productos con alto contenido en azúcar, snacks, pizza, refrescos azucarados, etc. presentaban un mayor número de problemas de conducta en el entorno escolar (Verby & Hoigaard, 2012)

Conclusiones:

E El mantener un peso considerado en rangos normales, buenos hábitos de alimentación y una dieta variada y de calidad influye de forma positiva en el rendimiento académico y funciones cognitivas ya que una alimentación saludable ayuda a mantener un desarrollo y mantenimiento óptimo de todas las funciones orgánicas.

Bibliografía

1.- OMS. (2018). Alimentación sana. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet

2.- K Miller, S Hooper, R Simeonsson, S. T. (2014). Weighing in on the Relationship between Macronutrient Intake, Weight Status, Cognitive Functioning, and Academic Performance in School-Aged Children. European Journal of Emergency Medicine, 29(6), 550. https://doi.org/10.1097/00063110-199803000-00112

3.- Santurtún, M. T., Noriega, M. J., & Durá, M. J. (2013). Influencia de la obesidad y la estructura familiar sobre el rendimiento académico en adolescentes. Nuberos Científica, 2(9), 38–44.

4.- Øverby, N., & Høigaard, R. (2012). Diet and behavioral problems at school in Norwegian adolescents. Food and Nutrition Research, 56(May 2014). https://doi.org/10.3402/fnr.v56i0.17231

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 167

Relajación en el seguimiento de las medidas higiénico–dietéticas en pacientes con Diabetes tipo II.

González Redondo, María
Navarro Díez, Macarena

Relajación en el seguimiento de las medidas higiénico-dietéticas en pacientes con Diabetes tipo II

INTRODUCCIÓN:

La diabetes tipo 2, es un trastorno metabólico que se caracteriza principalmente por el aumento crónico de la glucosa en sangre (hiperglucemia), esto ocurre porque su cuerpo no produce suficiente insulina o no la utiliza bien, para su buen tratamiento no basta con los fármacos, ya sea antidiabéticos orales o insulina, sino que es muy importante seguir unas buenas medidas higiénico-dietéticas. Elegimos a nuevos debutantes con tratamiento farmacológico en diabetes

OBJETIVO

Evaluar la eficacia de la EPS y conseguir que los pacientes adquieran habilidades necesarias para mejorar su autocuidado y mejorar calidad de vida.

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 sobre diabetes mellitus tipo II.

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 enfermedad y su tratamiento.

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 2016

RESULTADOS



Obtuvimos una tasa de respuesta del 100%. La muestra estudiada fueron 60 participantes, 35% mujeres y 65% varones, entre 55 y 77 años. Tras el análisis de los cuestionarios se observó un aumento de conocimientos. Destacamos que un 86,9% llevaba más de 2 años con prediabetes, el 71% ha aumentado el abuso de azúcares una vez inicidado el tratamiento farmacológico, un 65% ha disminuido el tiempo que dedicaba a hacer ejercicio, el 75% desconoce que es importante limitar el consumo de grasas, sal y alcohol. El 60% dice que la diabetes sólo es grave si se usa insulina. Hay un 65% desconoce que el tabaco hace que se sea más resistente a la insulina.

El 75% piensa que la edad influye en el desarrollo de la enfermedad y no confía en que otras medidas que no sean las farmacológicas puedan ayudar.

Un 80% toma bebidas azucaradas diariamente

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. Con ella podemos identificar factores de riesgo modificables, pudiendo mejorar su estado de salud.

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

Autores:

-María González Redondo.

-Macarena Navarro Díez.



SATSE

Resumen: La diabetes tipo 2, es un trastorno metabólico que se caracteriza por el aumento crónico de la glucosa en sangre, en la consulta de Atención Primaria a diario atendemos a pacientes con esta enfermedad. Detectamos que, a pesar de la EPS realizada en consulta, una vez que los pacientes comienzan con tratamiento farmacológico descuidan la atención a las medidas no farmacológicas, que favorecen la buena evolución de esta enfermedad crónica. Elegimos a nuevos debutantes con antidiabético orales, con el objetivo de evaluar la eficacia de la EPS y conseguir que los pacientes adquieran habilidades necesarias para mejorar su autocuidado.

Palabras Clave: Diabetes Mellitus, Educación en Salud, Factor de riesgo

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La diabetes tipo 2, es un trastorno metabólico que se caracteriza principalmente por el aumento crónico de la glucosa en sangre (hiperglucemia), esto ocurre porque su cuerpo no produce suficiente insulina o no la utiliza bien, para su buen tratamiento no basta con los fármacos, ya sea antidiabéticos orales o insulina, sino que es muy importante seguir unas buenas medidas higiénico-dietéticas. Elegimos a nuevos debutantes con tratamiento farmacológico en diabetes.

Objetivo:

Evaluar la eficacia de la EPS y conseguir que los pacientes adquieran habilidades necesarias para mejorar su autocuidado y mejorar calidad de vida.

Material y Método:

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 sobre diabetes mellitus tipo II.

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 enfermedad y su tratamiento.

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 2016

Resultados:

Obtuvimos una tasa de respuesta del 100%. La muestra estudiada fueron 60 participantes, 35% mujeres y 65% varones, entre 55 y 77 años. Tras el análisis de los cuestionarios se observó un aumento de conocimientos. Destacamos que un 86,9% llevaba más de 2 años con prediabetes, el 71% ha aumentado el abuso de azúcares una vez iniciado el tratamiento farmacológico, un 65% ha disminuido el tiempo que dedicaba a hacer ejercicio, el 75% desconoce que es importante limitar el consumo de grasas, sal y alcohol. El 60% dice que la diabetes sólo es grave si se usa insulina. Hay un 65% desconoce que el tabaco hace que se sea más resistente a la insulina.

El 75% piensa que la edad influye en el desarrollo de la enfermedad y no confía en que otras medidas que no sean las farmacológicas puedan ayudar.

Un 80% toma bebidas azucaradas diariamente.

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. Con ella podemos identificar factores de riesgo modificables, pudiendo mejorar su estado de salud.

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.- Alvin C. Powers (2016). «Capítulo 417: Diabetes mellitus: diagnóstico, clasificación y fisiopatología». En Kasper, Dennis; Fauci, Anthony; Hauser, Stephen; Longo, Dan; Jameson, J. Larry; Loscalzo, Joseph, eds. Harrison. Principios de Medicina Interna, 19e (19e edición). McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. ISBN 9786071513359. Consultado el 18 de junio de 2016.

2.-Alustiza Martinez, Elena (2020). «Abordaje de factores de riesgo de diabetes tipo 2 en adolescentes.»

3.- lcalá-Bejarano Carrillo, J; Yago Torregrosa, MD; Mañas Almendros, M; López Millán, MB; Martínez Burgos, MA; & Martínez de Victoria, Muñoz, E. (2015). Macronutrientes, ingesta de alimentos y peso corporal: papel de la grasa. Nutrición Hospitalaria, 31(1), 46-4. https://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.31.1.8439

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 168

Respuesta inmunológica con dosis única de la vacuna del Virus del Papiloma Humano (VPH)

Carretero Elvira, Laura
Heras Rubio, Luis Miguel
Martín Mañas, Emma
Camacho Sánchez, Beatriz
García León, Belén
Carrillo Palomo, Concepción

Respuesta inmunológica con dosis única de la vacuna del Virus del Papiloma Humano (VPH)

Carretero Elvira, Laura; Heras Rubio, Luis Miguel; Martín Mañas, Emma; Camacho Sánchez, Beatriz; García León, Belén; Carrillo Palomo, Concepción

Introducción

- El cáncer de cuello de útero es el cuarto tipo de cáncer más común en las mujeres a nivel mundial. Esta enfermedad causa unas 350.000 muertes al año y más del 85% de los casos están producidos por tipos oncogénicos del virus del papiloma humano (VPH).
- Las vacunas del VPH se autorizaron en España en octubre de 2007 y se incluyeron en los calendarios de las comunidades autónomas a lo largo de 2008. Ha sido en 2023 cuando se ha ampliado añadiendo la vacunación a los chicos varones en calendario oficial.
- Actualmente y bajo la evidencia de no inferioridad de la respuesta inmunitaria, la pauta contempla dos dosis en adolescentes entre los 9 y 14 años, y tres dosis en el caso de 15 o más años y en caso de inmunosupresión de cualquier edad.
- La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que la vacuna VPH podría utilizarse fuera de ficha técnica con una dosis única en personas de 9 a 20 años, sobre todo en los países de bajos ingresos con el fin de erradicar la enfermedad a nivel mundial.
- Por ello, se hace necesario analizar la efectividad de la respuesta inmunitaria de una dosis única de la vacuna VPH en comparación con las pautas vacunales actuales de dos o tres dosis.

Objetivo

- Comparar la efectividad de la respuesta inmunitaria de una dosis única de vacuna VPH versus la administración de dos o tres dosis.

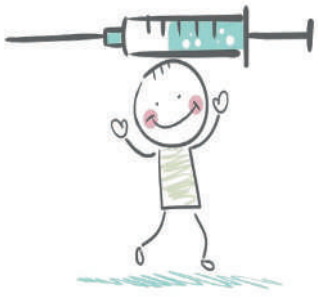
Material y método

Se realizó una búsqueda bibliográfica de artículos científicos consultando las bases de datos PubMed y SciELO publicados en los últimos 5 años. Se utilizó el descriptor "*Pappillomavirus vaccines*" [MeSH] en la primera línea, el descriptor "Single dose" [MeSH] en la segunda línea y el descriptor "*Vaccine Inmunogenicity*" [MeSH] o "*Eficcacy*" [MeSH] en la tercera línea, utilizándose como operadores booleano "AND" y "OR".

Resultados

De los 43 artículos obtenidos como resultado de la búsqueda bibliográfica, se revisaron los "abstract", y en los casos necesarios los artículos completos, teniéndose en cuenta finalmente 9 artículos. Se exceptuaron los artículos que fueron cartas al editor, comentario editorial de revistas y los que no se adecuaron a los objetivos de la revisión tras la lectura de estos. A continuación se agrupan en una tabla los artículos seleccionados, en función de los resultados y/o conclusiones que se encontraron.

Nº	Estudios	Diseño	Resultados y/o conclusiones
5	Kamolratanakul S.	Revisión bibliográfica	• Eficacia no inferior con la administración de dosis única de la vacuna VPH en comparación con esquemas de múltiples dosis a lo largo del tiempo. • Recuento de títulos con una dosis son significativamente inferiores en comparación con los títulos de dos y tres dosis.
	Watson-Jones D.	Ensayo controlado aleatorizado	
	Kreimer AR.	Ensayo clínico	
	Whitworth HS.	Revisión sistemática	
	Joshi S.	Ensayo clínico	
1	Basu P.	Estudio de cohortes	• Eficacia no inferior con la administración de dosis única de la vacuna VPH en comparación con esquemas de múltiples dosis a los largo del tiempo. • No diferencias en diagnóstico de cáncer de cuello de útero por muestra citológica en mujeres vacunadas con una, dos o tres dosis. Sí hubo diferencias significativas con el grupo control (ninguna dosis).
1	Villa LL.	Revisión bibliográfica	• Eficacia no inferior con la administración de dosis única de la vacuna VPH en comparación con esquemas de múltiples dosis.
1	Gheit T. (25)	Estudio de cohortes	• Mayor prevalencia de VPH en la cavidad oral en mujeres vacunadas con una dosis única de la vacuna comparada con mujeres con dos o tres dosis.



Conclusiones

A pesar de que hay una respuesta inmunitaria no inferior sólida y sostenida con la administración de una única dosis, el recuento de títulos fue menor con dosis única en comparación con esquemas de dos o tres dosis.

La mayoría de artículos encontrados analizaban la inmunidad conferida contra los genotipos de VPH 16 y 18, exceptuando otros genotipos oncogénicos. Aunque no debemos olvidar que los genotipos mayormente analizados son responsables de casi el 70% del cáncer de cuello de útero.

Los primeros resultados nos hacen pensar que una dosis única es tan eficaz como esquemas de múltiples dosis en mujeres jóvenes sanas y que podría ser una opción para la instauración de la vacunación de VPH en países que todavía no lo han hecho por cuestiones económicas.

A pesar de ello, hay falta de datos sobre la persistencia de la protección y el seguimiento a largo plazo. Además, sería necesario la realización de más estudios por parte de la comunidad científica que incluyan otros genotipos oncogénicos que componen la vacuna.

Resumen: Revisión bibliográfica sobre la respuesta inmunológica en personas vacunadas con una dosis única de vacuna contra virus papiloma humano (VPH) en comparación con personas vacunadas con dos o tres dosis. Para ello se realizó una búsqueda bibliográfica de los artículos científicos en las bases de datos *PubMed y SciELO*, obteniéndose una cifra de 43 artículos. Tras su recopilación y análisis se tuvieron en cuenta 9 artículos donde se concluye que existe una eficacia no inferior en la respuesta inmune en personas vacunadas con una dosis única de vacuna de VPH en comparación con las vacunadas con dos o más dosis.

Palabras Clave: Pappillomavirus vaccines [MeSH], Single dose [MeSH], Vaccine Inmunogenicity [MeSH]

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El cáncer de cuello de útero es el cuarto tipo de cáncer más común en las mujeres a nivel mundial. Esta enfermedad causa unas 350.000 muertes al año y más del 85% de los casos están producidos por tipos oncogénicos del virus del papiloma humano (VPH).

Las vacunas del VPH se autorizaron en España en octubre de 2007 y se incluyeron en los calendarios de las comunidades autónomas a lo largo de 2008. Ha sido en 2023 cuando se ha ampliado añadiendo la vacunación a los chicos varones en calendario oficial.

En un principio los esquemas recomendados eran de tres dosis para todos los casos. Actualmente y bajo la evidencia de no inferioridad de la respuesta inmunitaria, algunos países cambiaron sus esquemas de vacunación de tres a dos dosis en menores de 14 años. De esta forma, la pauta de vacunación contempla dos dosis en adolescentes entre los 9 y 14 años, y tres dosis en el caso de 15 o más años y en caso de inmunosupresión de cualquier edad.

La Organización de la Salud (OMS) indica que la vacuna VPH podría utilizarse fuera de ficha técnica con una dosis única en personas de 9 a 20 años, sobre todo en los países de bajos ingresos con el fin de erradicar la enfermedad a nivel mundial.

Por ello, se hace necesario analizar la efectividad de la respuesta inmunitaria de una dosis única de la vacuna VPH en comparación con las pautas vacunales actuales de dos o tres dosis.

Objetivo:

Comparar la efectividad de la respuesta inmunitaria de una dosis única de vacuna VPH versus la administración de dos o tres dosis.

Material y Método:

Se realizó una búsqueda bibliográfica de los artículos científicos consultando las bases de datos *PubMed Y SciELO* publicados en los últimos 5 años que estuvieran disponibles con el texto completo y sin restricción de idioma.

Como estrategia de búsqueda se utilizaron los descriptores *"pappillomavirus vaccines"* [MeSH] en la primera línea, el descriptor "Single dose" [MeSH] en la segunda línea y el descriptor *"Vaccine Immunogenicity"* [MesH] o el descriptor *"Eficcacy"* [MesH] en la tercera línea. Los operadores booleanos utilizados fueron "AND" y "OR".

Resultados:

De los 43 artículos obtenidos como resultado de la búsqueda bibliográfica, se revisaron los *"abstract"*, y en los casos necesarios los artículos completos, teniéndose en cuenta finalmente 9 artículos. Se exceptuaron los artículos que fueron cartas al editor, comentario editorial de revistas y los que no tenían como grupo de investigación los humanos.

En ocho de los artículos se encontró que una dosis única de la vacuna contra el VPH confería una respuesta inmunitaria no inferior en el tiempo con los esquemas de vacunación de dos o más dosis. Uno de estos artículos demuestra diferencias significativas en el diagnóstico de cáncer de cuello de útero en personas no vacunadas en comparación con las que han sido vacunadas con al menos una dosis. En cinco de estos ocho artículos reconocen que existía un menor recuento de títulos en personas vacunadas con una dosis única en comparación con múltiples dosis, siendo este dato estadísticamente significativo.

Por el contrario, solo uno de los artículos seleccionados concluía que hay mayor prevalencia de VPH en la cavidad oral en mujeres vacunadas con una dosis en comparación con las que habían recibido dos o tres dosis

Conclusiones:

A pesar de que hay una respuesta inmunitaria no inferior sólida y sostenida con la administración de una única dosis, el recuento de títulos fue menor con dosis única en comparación con esquemas de dos o tres dosis.

La mayoría de los artículos encontrados analizaban la inmunidad conferida contra los genotipos de VPH 16 y 18, exceptuando otros genotipos oncogénicos. Aunque no debemos olvidar que los genotipos mayormente analizados son responsables casi del 70% del cáncer de cuello de útero.

Los primeros resultados nos hacen pensar que una dosis única es tan eficaz como esquemas de múltiples dosis en mujeres jóvenes sanas y que podría ser una opción para la instauración de la vacunación de VPH en países que todavía no lo han hecho por cuestiones económicas.

A pesar de ello, hay falta de datos sobre la persistencia de la protección y el seguimiento a largo plazo. Además, sería necesario la realización de más estudios por parte de la comunidad científica que incluyan otros genotipos oncogénicos que componen la vacuna.

Bibliografía

1.-Kamolratanakul S, Pitisuttithum P. Human Papillomavirus Vaccine Efficacy and Effectiveness against Cancer. Vaccines. 2021;9(12):1413

2.-Watson- Jones D, Changalucha J, Withworth H, et al. Immunogenicity and safety of one-dose human papillomavirus vaccine compared with two or three doses in Tanzanian girls (DoRIS): an open-label, randomised, non-inferiority trial. Lancet Glob Health. 2022;10(10):e1473-e1484.

3.- Kreimer AR, Sampson JN, Porras C, et al. Evaluation of Durability of a Single Dose of the Bivalent HPV Vacccine: The CVT Trial. J Natl Cancer Inst. 2020;112(10):1038-1046.

4.- Whitworth HS, Gallagher KE, Howard N, et al. Efficcacy and immunogenicity of a single dose of human papillomavirus vaccine compared to no vaccination or standard three and two-dose vaccination regimens: A systematic review of evidence from clinical trials. Vaccine. 2020;38(6):1302-1314.

5.- Joshi S, Anantharaman D, Muwonge R, et al. Evaluation of immune response to single dose of quadrivalent HPV vaccine at 10-year post-vaccination. Vaccine. 2023;41(1):236-245.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 169

Revisión Bibliográfica sobre la Asociación entre un patrón dietético vegetariano y la disminución del Riesgo de desarrollar cáncer de mama en Mujeres

Rivera Cortina, Marina
Sobrino Martín, Alba
Redondo Culebras, Laura

SATSE

XIV Congreso de investigación SATSE Ciudad Real

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA ASOCIACIÓN ENTRE UN PATRÓN DIETÉTICO VEGETARIANO Y LA DISMINUCIÓN DEL RIESGO DE DESARROLLAR CÁNCER DE MAMA EN MUJERES

Introducción

El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente en mujeres de todo el mundo.

Existen varios factores de riesgo que se relacionan con su aparición, siendo la dieta el más importante de los factores ambientales modificables.

Objetivos

Objetivo general

Estudiar en mujeres la posible asociación entre seguir una dieta vegetariana y la disminución del riesgo de desarrollar cáncer de mama.

Objetivos específicos

- Conocer algunos datos de epidemiología y diversos factores de riesgo relacionados con el cáncer de mama.
- Analizar la posible relación entre el consumo habitual de carne y el aumento del riesgo de desarrollar cáncer de mama.
- Averiguar si el alto consumo de un patrón de verduras, frutas y/o soja podría disminuir el riesgo de cáncer de mama.

Material y métodos

Revisión bibliográfica. Fuentes primarias, secundarias y terciarias.

Descriptores + operadores boleanos

↓

búsqueda en bases de datos

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
✓ Artículos enfocados en mayores de 18 años ✓ Sobre la relación entre la dieta vegetariana y la disminución del riesgo de padecer cáncer de mama en mujeres ✓ Publicados entre el año 2007 y el 2023	• Enfocados en menores de 18 años. • Enfocados en un tipo de cáncer diferente al cáncer de mama • Publicados anteriormente al 2007. • Idioma diferente al español, inglés, portugués o francés.

Resultados

Dietas vegetarianas se relacionan con:

> ingestas de frutas, verduras, soja, fibras, vitaminas, isoflavona, > niveles séricos de albúmina, distribución favorable de factores no dietéticos

Todo esto reduce el riesgo de cáncer de mama a través de múltiples mecanismos

Dinu et al., 2017 demuestra una correlación positiva significativa entre la incidencia de cáncer de mama, la carne y los patrones dietéticos de carne procesada

Chang et al., 2017 encontraron que el consumo de carne roja procesada y/o no procesada y aves de corral aumentaba el riesgo de cáncer de mama

Taylor et al., 2007 demostró menor riesgo de cáncer de mama postmenopáusica entre los participantes que no consumían carne

Conclusiones

Según numerosos estudios, las dietas vegetarianas se muestran como un papel protector contra el riesgo de cáncer de mama, mientras que la carne y los patrones dietéticos de carne procesada se asocian con un mayor riesgo de este cáncer

Referencias bibliográficas

1. Taylor EF, Burley VJ, Greenwood DC, Cade JE. Meat consumption and risk of breast cancer in the UK Women's Cohort Study. Br J Cancer. abril de 2007;96(7):1139-46.
2. Penniecook-Sawyers JA, Jaceldo-Siegl K, Fan J, Beeson L, Knutsen S, Herring P, et al. Vegetarian dietary patterns and the risk of breast cancer in a low-risk population. Br J Nutr. 28 de mayo de 2016;115(10):1790-7.
3. Gilsing AMJ, Weijenberg MP, Goldbohm RA, Dagnelie PC, van den Brandt PA, Schouten LJ. Vegetarianism, low meat consumption and the risk of lung, postmenopausal breast and prostate cancer in a population-based cohort study. Eur J Clin Nutr. junio de 2016;70(6):723-9.

Autoras:

Rivera Cortina, Marina

Sobrino Martín, Alba

Redondo Culebras, Laura

Resumen: Esta revisión bibliográfica tratará de averiguar si existe una asociación entre seguir una dieta vegetariana y la disminución del riesgo de presentar cáncer de mama en mujeres, que es la neoplasia maligna más frecuente en mujeres, y la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres.

Se señala en numerosos estudios la dieta como uno de los principales factores de riesgo modificables para el desarrollo de este cáncer, y diversos estudios señalan las dietas vegetarianas como un papel protector contra el riesgo de padecer cáncer de mama.

Palabras Clave: Dieta Vegetariana, Neoplasias de la mama, Factores de riesgo

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente en mujeres de todo el mundo y su incidencia está aumentando actualmente entre un 2 y un 3%. Es curable en el 70-80% de las pacientes con enfermedad no metastásica en estadio temprano.

Es la segunda causa de muerte por cáncer entre las mujeres, y su prevención sigue siendo un desafío. El diagnóstico precoz es uno de los mejores enfoques para prevenir esta enfermedad, y la mastectomía radical es el tratamiento de elección.

Existen varios factores de riesgo que se relacionan con su aparición: genéticos, que solo representan una pequeña proporción, y ambientales. Entre los factores de riesgo potencialmente modificables podemos señalar la densidad mamaria, peso corporal, tabaquismo, consumo de alcohol, actividad física, exposición a la radiación, uso de anticonceptivos orales o la dieta. Durante décadas, los investigadores han considerado que la dieta es el más importante de los factores ambientales.

Veremos a continuación cómo se relacionan en varios estudios las dietas vegetarianas y la disminución del riesgo de cáncer de mama.

Objetivo:

Objetivo general

Estudiar en mujeres la posible asociación entre seguir una dieta vegetariana y la disminución del riesgo de desarrollar cáncer de mama.

Objetivos específicos

• Conocer algunos datos de epidemiología y diversos factores de riesgo relacionados con el cáncer de mama.

• Analizar la posible relación entre el consumo habitual de carne y el aumento del riesgo de desarrollar cáncer de mama.

• Averiguar si el alto consumo de un patrón de verduras, frutas y/o soja podría disminuir el riesgo de cáncer de mama.

Metodologia:

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de la literatura disponible. Para ello, durante los meses de mayo y junio de 2023 se ha realizado una búsqueda de la bibliografía disponible en las bases de datos PubMed y Cochrane.

Mediante el uso de los tesauros DECS y MESH, se obtuvieron los descriptores a partir de las palabras claves seleccionadas, que se combinaron con los operadores boleanos “AND”, “OR” y “NOT.

Los artículos se seleccionaron o descartaron en base a los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

Artículos enfocados en pacientes mayores de 18 años.

Artículos que hablen de la relación entre la dieta vegetariana y la disminución del riesgo de padecer cáncer de mama en mujeres.

Publicados entre el año 2007 y el 2023.

Criterios de exclusión:

Artículos enfocados en menores de 18 años.

Enfocados en un tipo de cáncer diferente al cáncer de mama.

Publicaciones anteriores al 2007.

Artículos en un idioma diferente al español, inglés, portugués o francés.

Resultados:

Aunque las dietas vegetarianas se definen principalmente por la ausencia de carne y pescado, también se ha demostrado que se asocian con altas ingestas de frutas y verduras y una distribución favorable de factores no dietéticos. En consecuencia, las dietas vegetarianas pueden reducir el riesgo de diferentes tipos de cáncer a través de múltiples mecanismos.

En un estudio se muestra que los veganos, por lo general, son más activos físicamente y tienen una menor ingesta de nutrientes ricos en energía, menor ingesta de sodio, las ingestas más bajas de proteínas animales y lácteas, pero una mayor ingesta de alimentos ricos en fibra, vitaminas y proteínas vegetales. También presentan un menor historial de consumo de alcohol. Estas características satisfacen la mayoría de las directrices y recomendaciones para la prevención del cáncer.

Un estudio realizado en 2017 demuestra una correlación positiva significativa entre la incidencia de cáncer de mama y la carne y los patrones dietéticos de carne procesada, así como la asociación entre una dieta vegetariana y una menor incidencia de cáncer de mama. Determinan que una mayor ingesta de isoflavona y niveles séricos de albúmina, como sucede en las dietas vegetarianas, se asocian con una menor incidencia de cáncer de mama. Este estudio concluyó el efecto protector significativo de una dieta vegetariana frente a la incidencia del cáncer total (−8%). La dieta vegana confirió un riesgo reducido significativo (−15%) con respecto a la incidencia del cáncer total.

En un estudio en mujeres caucásicas, también encontraron que el consumo de carne roja procesada y/o no procesada y aves de corral aumentaba el riesgo de cáncer de mama.

Un estudio en Estados Unidos también sugirió que una dieta vegana podría conferir un menor riesgo de cánceres específicos para las mujeres, incluyendo el cáncer de mama.

Un Estudio de Cohortes de Mujeres del Reino Unido demostró un menor riesgo de cáncer de mama postmenopáusica entre los participantes que no consumían carne.

Además, las dietas vegetarianas son ricas en fibra y soja. La fibra se asoció con un menor riesgo de cáncer de mama en un metaanálisis de estudios prospectivos. La soja contiene isoflavonas, que como hemos señalado anteriormente, se han asociado con un riesgo significativamente reducido de cáncer de mama.

Por el contrario, en un estudio realizado en 2017 en China y en otro realizado en 2016 en Países Bajos, no se observó una asociación marcada entre un patrón vegetariano y el cáncer de mama.

Conclusiones:

Se considera que la dieta es el más importante de los factores de riesgo ambientales para el cáncer de mama. Según numerosos estudios, las dietas vegetarianas se muestran como un papel protector contra este cáncer, mientras que la carne y los patrones dietéticos de carne procesada se asocian con un mayor riesgo de padecerlo.

Bibliografía

1.- Taylor EF, Burley VJ, Greenwood DC, Cade JE. Meat consumption and risk of breast cancer in the UK Women's Cohort Study. Br J Cancer. abril de 2007;96(7):1139-46.

2.- Penniecook-Sawyers JA, Jaceldo-Siegl K, Fan J, Beeson L, Knutsen S, Herring P, et al. Vegetarian dietary patterns and the risk of breast cancer in a low-risk population. Br J Nutr. 28 de mayo de 2016;115(10):1790-7.

3.- Chang YJ, Hou YC, Chen LJ, Wu JH, Wu CC, Chang YJ, et al. Is vegetarian diet associated with a lower risk of breast cancer in Taiwanese women? BMC Public Health. 10 de octubre de 2017;17(1):800.

4.- Gilsing AMJ, Weijenberg MP, Goldbohm RA, Dagnelie PC, van den Brandt PA, Schouten LJ. Vegetarianism, low meat consumption and the risk of lung, postmenopausal breast and prostate cancer in a population-based cohort study. Eur J Clin Nutr. junio de 2016;70(6):723-9.

5.- Dinu M, Abbate R, Gensini GF, Casini A, Sofi F. Vegetarian, vegan diets and multiple health outcomes: A systematic review with meta-analysis of observational studies. Crit Rev Food Sci Nutr. 22 de noviembre de 2017;57(17):3640-9.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 170

Revisión bibliográfica sobre la prevención y cuidados de la linfedema en mujeres operadas de cáncer de mama y la importancia del papel de enfermería

Lozano Calatayud, Raquel
Fernandez- Infantes Díaz Pinto, Cristina

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA PREVENCIÓN Y CUIDADOS DEL LINFEDEMA EN MUJERES OPERADAS DE CANCER DE MAMA Y LA IMPORTANCIA DEL PAPEL DE ENFERMERÍA

Lozano Calatayud, Raquel
Fernandez- Infantes Díaz Pinto, Cristina

INTRODUCCIÓN

Como parte del tratamiento para el cáncer de mama, muchas mujeres deben someterse a la realización de una mastectomía parcial o total seguida de disección completa del ganglio linfático axilar y en muchos casos complementar con radioteparia postquirurgica, aumentándose en forma significativa las probabilidades de que la paciente sufra de edema en el brazo del seno afectado, lo que se conoce como linfedema.

OBJETIVO

Conocer la evidencia científica actual sobre la importancia que tiene la prevención, la educación sanitaria y los cuidados en el linfedema, así como el papel de la enfermera en pacientes que están en proceso de tratamiento como es el cáncer de mama

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de publicaciones científicas , utilizando bases de datos como Cochrane, PUBMED, diversas revistas científicas y la web oficial del Instituto Nacional Contra el Cáncer. De los 81 resultados obtenidos se han tenido en cuenta 4 artículos científicos y 1 ensayos clínico. Se han utilizano las palabras clave linfedema (Lymphoedema) ,cáncer de mama (Breast cáncer) y drenaje linfático (lymphatic drainage)

RESULTADOS

MANIFESTACIONES CLÍNICAS	• **Hinchazón** en la parte del cuerpo afectada • **Cambios en la textura de la piel,** sensación de estiramiento, endurecimiento o piel enrojecida. • **Dolores, hormigueos, entumecimiento** u otras sensaciones incómodas. • **Menos movilidad** o flexibilidad en las articulaciones adyacentes
FACTORES DE RIESGO	• **Pacientes sometidos a cirugía axilar o radioterapia axilar** • **Extirpación del ganglio axilar** • **Biopsia de ganglio centinela** • **Obesidad** • **Radiación local** (en la región axilar o supraclavicular).
PREVENCIÓN	• **Educación.** Enseñar a las paciemtes a reconocer los síntomas tempranos de edema. • **Higiene** Cortar las uñas de los pies en línea recta. Usar cremas o aceites hidratantes en la piel. Desinfectar cualquier pequeña herida o corte. Usar **en forma gradual cremas con filtro solar y bronceadores.** • **Cuidados específicos** No usar el brazo afectado para administración de medicación o realizar extracciones. Estar pendiente de signos de infección (fiebre, hinchazón, enrojecimiento, dolor y calor) mantener el brazo o la pierna elevada sobre el nivel del corazón. Usar prendas preferiblemente de algodón, que no aprieten, al igual que las joyas. Realizar ejercicio de baja intensidad para mejorar la circulación de la linfa y reducir por tanto la inflamación.
TRATAMIENTO	• **Farmacológico** no es tan eficaz como las medidas no farmacológicas. Además, la cumarina se relaciona con una hepatotoxicidad importante. • **Vendaje con material no elástico** para evitar la acumulación de la linfa. • **Terapia manual del linfedema**. Masaje superficial muy ligero con distención de la piel de forma suave y rítmica, idealmente se limita a una presión de 30mmHg a 45mmHg. • **Terapia descongestiva compleja**. Emplear masajes del miembro superior afectado y posteriormente la zona afectada se venda con un vendaje de baja elasticidad especial y por último se usa una faja de compresión

ESTADÍO 0
No presentan síntomas.
Pueden haber sensación de pesadez en el miembro.
Este estadio puede existir durante meses o años

ESTADÍO I
Está presente el signo de la fóvea (signo de Godet) que desaparece con 24 horas de reposo del miembro en elevación.

ESTADÍO II
Edema ya no desaparece con la elevación del miembro y se produce fibrosis del tejido.
Signo de la fóvea sea negativo.

ESTADÍO III
Signo de la fóvea siempre ausente.
Cambios tróficos son más evidentes con depósitos de grasa, cambios tróficos en la piel (hiperqueratosis) y pliegues cutáneos más marcados.



CONCLUSIONES

El linfedema es uno de los efectos secundarios más frecuentes en mujeres diagnosticadas de cáncer de mama que se han sometido a una cirugía axilar de resección o extracción de los vasos o ganglios linfáticos. Este tipo de patología es bastante incapacitante y disminuye considerablemente la calidad de vida de estas mujeres. Además, se ha visto que los tratamientos farmacológicos no son del todo efectivos y no es recomendable mantenerlos a largo plazo por sus efectos adversos. Es por tanto clave en este tipo de pacientes la prevención del linfedema y del fomento del autocuidado. Se puede decir así, que enfermería juega un papel muy importante en cuanto a la educación sanitaria de estas pacientes, desde explicar en que consiste el linfedema y como prevenirlo a enseñarles a detectar síntomas e instruir en los cuidados que han de tener, haciendo un seguimiento desde que son diagnosticadas y operadas hasta revisiones en consultas sucesivas para mejorar así la calidad de vida en estas pacientes.

SATSE
XIV CONGRESO INVESTIGACIÓN SASTSE CIUDAD REAL

Resumen: En este trabajo se ha recogido información científica suficiente para entender la linfedema. Para ello se explican sus factores de riesgo, las manifestaciones clínicas con las que cursa, la forma de clasificarlo, cómo poder prevenirlo y, una vez instaurado, los tratamientos más relevantes disponibles. Toda esta información se relaciona con el papel que tiene la enfermería y su implicación en las mujeres operadas de cáncer de mama.

Palabras Clave: Linfedema, Neoplasias de la mama, Drenaje linfático

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Parte del tratamiento para el cáncer de mama es someterse a la realización de una mastectomía parcial o total seguida de disección completa del ganglio linfático axilar y en muchos casos complementar con radioterapia postquirúrgica, aumentándose las probabilidades de que la paciente sufra de edema en el brazo del seno afectado, lo que se conoce como linfedema.

Objetivo:

Objetivo general: conocer la evidencia científica actual sobre la importancia que tiene la prevención, la educación sanitaria y los cuidados en la linfedema, así como el papel de la enfermera en pacientes que están en proceso de tratamiento como es el cáncer de mama.

Objetivos específicos se han valorado:

- Obtener conocimientos básicos sobre el linfedema.

- Conocer los cuidados específicos de la linfedema en este tipo de pacientes.

- Conocer terapias preventivas y también para una vez instaurado mejorar la calidad de vida de estas pacientes.

Material y Método:

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de publicaciones científicas entre los meses mayo y junio de 2023, utilizando bases de datos como Cochrane, PUBMED, diversas revistas científicas y la web oficial del Instituto Nacional Contra el Cáncer. De los 81 resultados obtenidos se han tenido en cuenta 4 artículos científicos y 1 ensayos clínicos, haciendo un total de 5 documentos científicos como referencia bibliográfica. Se han seleccionados aquellos artículos o estudios que no superasen más de cinco años de antigüedad.

Resultados:

La linfedema en miembros superiores es una de las complicaciones más frecuentes del cáncer mama. Es una patología que consiste en la inflamación de la piel y del tejido subcutáneo debido al acúmulo del líquido linfático o linfa, rico en proteínas, que no puede ser drenado correctamente debido a la alteración de los vasos y ganglios linfáticos tras la realización de cirugía axilar en mujeres con cáncer de mama.

1. Manifestaciones clínicas

• Hinchazón en la parte del cuerpo afectada

• Cambios en la textura de la piel, sensación de estiramiento, endurecimiento o piel enrojecida.

• Dolores, hormigueos, entumecimiento u otras sensaciones incómodas.

• Menos movilidad o flexibilidad en las articulaciones adyacentes

2. Factores de riesgo

• Pacientes sometidos a cirugía axilar o radioterapia axilar

• Extirpación del ganglio axilar

• Biopsia de ganglio centinela

• Obesidad

• Radiación local (en la región axilar, inguinal, pélvica o supraclavicular).

3. Clasificación

Según la International Society of Lymphology (ISL) la linfedema se puede clasificar en 4 estadios:

• Estadio 0: no síntomas a pesar del trastorno del sistema linfático. Algunos pueden tener sensación de pesadez en el miembro. Puede existir durante meses o años

• Estadio I: Signo de la fóvea (signo de Godet) que desaparece con 24 horas de reposo del miembro en elevación.

• Estadio II: el edema ya no desaparece con la elevación del miembro y se produce fibrosis del tejido.

• Estadio III: el signo de la fóvea ausente. Los cambios tróficos son más evidentes con depósitos de grasa, cambios tróficos en la piel (hiperqueratosis) y pliegues cutáneos más marcados.

4. Prevención

• **Educación:** Enseñar a los pacientes a reconocer los síntomas tempranos de edema porque los resultados del tratamiento pueden mejorar de manera significativa si el problema se detecta temprano.

• **Higiene**

o Cortar las uñas de los pies en línea recta.

o Usar cremas o aceites hidratantes en la piel.

o Desinfectar cualquier pequeña herida o corte.

o Usar en forma gradual cremas con filtro solar y bronceadores.

• Cuidados específicos

o Evitar actividades que puedan dañar la piel y hacer uso de guantes.

o No usar el brazo afectado para administración de medicación o realizar extracciones.

o Usar la extremidad no afectada para verificar la temperatura ya que la sensibilidad puede estar disminuida.

o Estar pendiente de signos de infección (fiebre, hinchazón, enrojecimiento, dolor y calor)

o Mantener el brazo o la pierna elevada sobre el nivel del corazón.

o Usar prendas preferiblemente de algodón, que no aprieten, al igual que las joyas.

o Realizar ejercicio de baja intensidad para mejorar la circulación de la linfa y reducir por tanto la inflamación.

5. Tratamiento

• **Farmacológico** no es tan eficaz como las medidas no farmacológicas. Además, la cumarina se relaciona con una hepatotoxicidad importante.

• **Otras terapias:**

o **Vendaje** con material no elástico para evitar la acumulación de la linfa.

o **Terapia manual de la linfedema**. Masaje superficial muy ligero con distención de la piel de forma suave y rítmica, idealmente se limita a una presión de 30mmHg a 45mmHg.

o **Terapia descongestiva compleja**. Emplear masajes del miembro superior afectado y posteriormente la zona afectada se venda con un vendaje de baja elasticidad especial y por último se usa una faja de compresión

Conclusiones:

La linfedema es uno de los efectos secundarios más frecuentes en mujeres diagnosticadas de cáncer de mama que se han sometido a una cirugía axilar de resección o extracción de los vasos o ganglios linfáticos. Este tipo de patología es bastante incapacitante y disminuye considerablemente la calidad de vida de estas mujeres. Además, se ha visto que los tratamientos farmacológicos no son del todo efectivos y no es recomendable mantenerlos a largo plazo por sus efectos adversos. Es por tanto clave en este tipo de pacientes la prevención de la linfedema y del fomento del autocuidado. Se puede decir así, que enfermería juega un papel muy importante en cuanto a la educación sanitaria de estas pacientes, desde explicar en qué consiste la linfedema y como prevenirlo a enseñarles a detectar síntomas e instruir en los cuidados que han de tener, haciendo un seguimiento desde que son diagnosticadas y operadas hasta revisiones en consultas sucesivas para mejorar así la calidad de vida en estas pacientes.

Bibliografía

1.- Ocronos R. El papel de la Enfermería en el cáncer de mama. Ocronos - Editorial Científico-Técnica [Internet]. 2022 [citado el 13 de junio de 2023]; Disponible en: https://revistamedica.com/enfermeria-cancer-mama/

2. Linfedema (PDQ®)–Versión para profesionales de salud - Instituto Nacional del Cáncer [Internet]. www.cancer.gov. 2008. Available from: https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/efectos-secundarios/linfedema/linfedema-pro-pdq

3. Brown, Tamara, et al. Specialist Breast CAre Nurses for Support of Women with Breast Cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews, 3. Feb. 2021 https://doi.org/10.1002/14651858.CD005634.pub3

4.- Castro-Sánchez AM, Moreno-Lorenzo C, Matarán-Peñarrocha GA, Aguilar-Ferrándiz ME, Almagro-Céspedes I, Anaya-Ojeda J. Prevención del linfedema tras cirugía de cáncer de mama mediante ortesis elástica de contención y drenaje linfático manual: ensayo clínico aleatorizado. Medicina Clínica. 2011 Jul;137(5):204–7. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21145085/ Med Clin (Barc) 2011 Jul 23;137(5):204-7. doi: 10.1016/j.medcli.2010.09.020. Epub 2010 Dec 8

5.- Investigación RS. Proceso cuidados de enfermería a un paciente con cáncer de mama en estadío IV. [Internet]. RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2022. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/proceso-cuidados-de-enfermeria-a-un-paciente-con-cancer-de-mama-en-estadio-iv/

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 171

Revisión Bibliográfica sobre la relación entre la Dieta de Ayuno Intermitente y la pérdida de Peso

Sobrino Martín, Alba
Redondo Culebras, Laura
Rivera Cortina, Marina

SATSE

XVI Congreso de investigación SATSE Ciudad Real

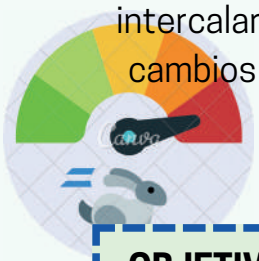
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA RELACIÓN ENTRE LA DIETA DE AYUNO INTERMITENTE Y LA PÉRDIDAD DE PESO

INTRODUCCIÓN



La obesidad es uno de los problemas más importantes de la salud pública en la actualidad, de ahí que hayan surgido diferentes estrategias dietéticas.

La dieta de ayuno intermitente es una de las más utilizadas, y que consiste en intercalar días de alimentación con días de ayuno. Pero estas dietas conllevan cambios metabólicos que producen tanto efectos positivos como negativos sobre el organismo de las personas que las practican.



OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar la posible relación entre la dieta de ayuno intermitente y la pérdida de peso.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir los beneficios que pueda tener la dieta sobre la salud.
- Describir los posibles efectos adversos de la dieta sobre la salud.
- Determinar si es una dieta eficaz o si hay dietas más adecuadas y eficaces.

METODOLOGÍA

Esta revisión bibliográfica se ha realizado a través de una búsqueda bibliográfica a partir de varias bases de datos entre las que se encuentran: **Pubmed y Medline.**

PALABRAS CLAVE:

-Dieta

-Ayuno intermitente

-Restricción calórica



RESULTADOS

Un estudio demostró que entre las primeras 24 horas se promovía lipólisis de los tejidos, por lo que se reducía el peso de los pacientes. Por otro lado, se determinó que las calorías consumidas en la mañana se consumían mejor que las que se consumían por la noche.

Otro estudio demostró que a partir de los 2 o 3 primeros días comenzaban a aparecer signos de catabolismo proteico, y por lo tanto aparecían síntomas cardíacos.



CONCLUSIÓN

Aunque existen ciertos beneficios con respecto a la pérdida de peso en personas con obesidad, son más los efectos adversos. Por lo tanto, diremos que las dietas de ayuno intermitente a largo plazo no son realmente beneficiosas sobre la salud de las personas que las practican.

BIBLIOGRAFÍA

1. Antoni, Rona, Kelly L. Johnston, Adam L. Collins, y M. Denise Robertson. «Effects of Intermittent Fasting on Glucose and Lipid Metabolism». The Proceedings of the Nutrition Society 76, n.o 3 (agosto de 2017): 361-68. https://doi.org/10.1017/S0029665116002986.
2. Kim, Ju Young. «Optimal Diet Strategies for Weight Loss and Weight Loss Maintenance». Journal of Obesity & Metabolic Syndrome, 27 de octubre de 2020. https://doi.org/10.7570/jomes20065.
3. Rynders, Corey A., Elizabeth A. Thomas, Adnin Zaman, Zhaoxing Pan, Victoria A. Catenacci, y Edward L. Melanson. «Effectiveness of Intermittent Fasting and Time-Restricted Feeding Compared to Continuous Energy Restriction for Weight Loss». Nutrients 11, n.o 10 (14 de octubre de 2019). https://doi.org/10.3390/nu11102442.
4. Seimon, Radhika V., Jessica A. Roekenes, Jessica Zibellini, Benjamin Zhu, Alice A. Gibson, Andrew P. Hills, Rachel E. Wood, Neil A. King, Nuala M. Byrne, y Amanda Sainsbury. «Do Intermittent Diets Provide Physiological Benefits over Continuous Diets for Weight Loss? A Systematic Review of Clinical Trials». Molecular and Cellular Endocrinology 418 Pt 2 (15 de diciembre de 2015): 153-72. https://doi.org/10.1016/j.mce.2015.09.014.
5. Tinsley, Grant M., y Paul M. La Bounty. «Effects of Intermittent Fasting on Body Composition and Clinical Health Markers in Humans». Nutrition Reviews 73, n.o 10 (octubre de 2015): 661-74. https://doi.org/10.1093/nutrit/nuv041.

Autores:

Sobrino Martín, Alba

Rivera Cortina, Marina

Redondo Culebras, Laura

Resumen: La obesidad es una enfermedad de origen multifactorial con una gran prevalencia e impacto en la actualidad, con mayor aparición en los países desarrollados. Se asocia a un mayor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares y una disminución de la calidad de vida. Debido a esto y a la influencia social, las dietas han aumentado en los últimos años y entre algunas de las más restrictivas encontramos dietas de ayuno intermitente y restricción calórica.

Debido a que son dietas muy restringentes, se deben conocer a fondo los efectos adversos y los límites personales de los practicantes, para llevarlas a cabo.

Palabras Clave: Ayuno intermitente, Obesidad, Pérdida de peso

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La obesidad se ha convertido en uno de los problemas más importantes en la salud pública, lo que sugiere la necesidad de estrategias dietéticas basadas en la evidencia para la pérdida de peso. La estrategia más utilizada para la disminución de masa corporal, unida a un cambio en el estilo de vida, es la reducción de la ingesta de calorías, es aquí donde toma un papel importante la dieta de ayuno intermitente entre comidas.

La dieta de ayuno intermitente más utilizada y por lo tanto más estudiada es la de ayuno en días alternos, nos basaremos en ella para esta revisión. Esta dieta consiste en intercalar días de alimentación con días de ayuno, en la que en los días de ayuno se realiza una comida con aproximadamente el 25% de las necesidades calóricas necesarias, y las horas de ayuno varían entre las 18 y 40 horas por lo general.

Los cambios a nivel metabólico son la reducción del colesterol LDL y los triglicéridos, además de una pérdida de peso promedio de un 9%, en un periodo de unas 8 semanas se puede observar una reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular. Pero estos cambios dependerán del tiempo de ayuno, entre las 18 y 24 horas se produce una leve descomposición de los triglicéridos almacenados y una oxidación de las grasas. Sin embargo, en dietas con un ayudo de más de 24 horas se ve un aumento considerable en la degradación de los triglicéridos y un aumento de la lipólisis.

Por otro lado, los efectos adversos también son notables en este tipo de dietas, destaca el aumento de la gluconeogénesis con aminoácidos en las primeras horas, continuando con el desarrollo de la cetosis debido a la oxidación de ácidos grasos, ya que a medida que aumentan los niveles de cetonas, estas reemplazan a la glucosa como fuente primaria, disminuyendo así la necesidad de gluconeogénesis y preservando el catabolismo proteico. Además, se producen varios cambios hormonales, en los que se incluyen disminución de la insulina y la T3, así como un aumento de los niveles de glucagón. Entre las complicaciones médicas observadas en el ayuno se incluyen gota y nefrolitiasis por uratos, hipotensión y arritmias cardíacas. Cabe destacar, que el catabolismo de las proteínas no se comienza a ver hasta el tercer día de ayuno.

Objetivo:

Esta revisión bibliográfica se ha realizado a través de una búsqueda bibliográfica a partir de varias bases de datos entre las que se encuentran: Pubmed y Medline.

Para la estrategia de búsqueda, se ha llevado a cabo utilizando los términos Mesh (Medical Subjecs Headings) o Decs (Descriptores en Ciencia de la Salud) junto con los operadores booleanos AND y OR.

Las palabras claves utilizadas son: dieta, ayuno intermitente, restricción calórica.

Criterios de inclusión y de exclusión:

Criterios de inclusión:

· Todas aquellas personas sanas sin enfermedad cardiovascular previa.

· Las personas de edades comprendidas entre los 25 y 45 años.

· Personas que sigan la dieta de ayuno Sunnah (nada ingerido por vía oral, del amanecer al atardecer durante 2 días a la semana).

Criterios de exclusión:

· Todas aquellas personas que hayan sido sometidos a alguna intervención en relación a un diagnóstico de cáncer.

· Personas con enfermedad de Crohn.

· Personas que hayan estado tomando medicamentos diseñados para inducir la pérdida de peso.

· Aquellas personas que sigan el ayuno de Ramadán.

Resultados:

Según un estudio basado en los beneficios producidos por las dietas de ayunos intermitentes, determinó que entre las 18 y 24 horas se promovía la descomposición de triglicéridos, aumentando la lipólisis, por lo que aumentaba la movilización y utilización de los ácidos grasos sobre los tejidos, produciendo así un mayor gasto energético, proporcionando un potencial beneficio para la prevención y el tratamiento de la obesidad. A partir de las 24 horas, hay una abundante degradación de los triglicéridos en comparación con la descomposición antes de las primeras 24 horas. Otro de los estudios, aparte de coincidir en estas adaptaciones metabólicas con respecto a la pérdida de masa grasa, determinó que el consumo de las calorías por la mañana en comparación con la noche era mayor, por lo tanto, había una mayor pérdida de peso en aquellas personas que consumían las calorías por la mañana.

Sin embargo, en un estudio que se centró en los efectos adversos, demostró que estos comenzaban a aparecer a partir de las 28 horas en pacientes sanos y delgados, y que a partir de los 2 a 3 días primeros de ayunos, comenzaban a aparecer los primeros signos de catabolismo proteico, y por lo tanto aparecían signos de perdida energética y otros síntomas cardíacos como las arritmias y los síncopes.

Conclusiones:

Se ha podido determinar que las dietas de ayuno intermitente, aunque tienen cierto beneficio con respecto a la pérdida de peso en las personas con obesidad, son más los efectos adversos con respecto a los beneficios proporcionados. Por lo tanto, diremos que, aunque las dietas deben siempre de estar personalizadas e individualizadas, las dietas de ayuno intermitente a largo plazo no son realmente beneficiosas sobre la salud de las personas que las practican.

Bibliografía

1.- Antoni, Rona, Kelly L. Johnston, Adam L. Collins, y M. Denise Robertson. «Effects of Intermittent Fasting on Glucose and Lipid Metabolism». The Proceedings of the Nutrition Society 76, n.o 3 (agosto de 2017): 361-68. https://doi.org/10.1017/S0029665116002986.

2.- Kim, Ju Young. «Optimal Diet Strategies for Weight Loss and Weight Loss Maintenance». Journal of Obesity & Metabolic Syndrome, 27 de octubre de 2020. https://doi.org/10.7570/jomes20065.

3.- Rynders, Corey A., Elizabeth A. Thomas, Adnin Zaman, Zhaoxing Pan, Victoria A. Catenacci, y Edward L. Melanson. «Effectiveness of Intermittent Fasting and Time-Restricted Feeding Compared to Continuous Energy Restriction for Weight Loss». Nutrients 11, n.o 10 (14 de octubre de 2019). https://doi.org/10.3390/nu11102442.

4.- Seimon, Radhika V., Jessica A. Roekenes, Jessica Zibellini, Benjamin Zhu, Alice A. Gibson, Andrew P. Hills, Rachel E. Wood, Neil A. King, Nuala M. Byrne, y Amanda Sainsbury. «Do Intermittent Diets Provide Physiological Benefits over Continuous Diets for Weight Loss? A Systematic Review of Clinical Trials». Molecular and Cellular Endocrinology 418 Pt 2 (15 de diciembre de 2015): 153-72. https://doi.org/10.1016/j.mce.2015.09.014.

5.- Tinsley, Grant M., y Paul M. La Bounty. «Effects of Intermittent Fasting on Body Composition and Clinical Health Markers in Humans». Nutrition Reviews 73, n.o 10 (octubre de 2015): 661-74. https://doi.org/10.1093/nutrit/nuv041.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 172

Revisión bibliográfica: los tatuajes desde la perspectiva de enfermería

Castellanos Franco, Julia
López Cano, Francisco
Lazar, Alexandra
Roncero García, David
López Muñoz, Prado
Castellanos Franco, Sara

XIV Congreso de Investigación Enfermería y Fisioterapia

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: LOS TATUAJES DESDE LA PERSPECTIVA DE ENFERMERÍA

Autores: Julia Castellanos, Sara Castellanos, Prado López, David Roncero, Alexandra Lazar Francisco López



En la actualidad, la realización de los tatuajes en una práctica muy popular que se realizan muchas personas. Por ello, ha aumentado la probabilidad de padecer efectos secundarios no deseados. Entre las complicaciones asociadas a los tatuajes destaca la infección local principalmente en la henna por su bajo peso molecular y la alta adherencia de la *parafenilendiamina* (PPD)



Objetivos

Analizar y describir la repercusión de los tatuajes en la salud desde una perspectiva enfermera.



Material y Método

Se realiza una revisión bibliográfica. Bases de datos de PubMed, la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y Dialnet. Palabras clave: Tattooing, Nursing Care

Resultados

- La tasa de complicaciones dependerá de la experiencia del profesional que lo realiza y de los cuidados posteriores que tiene que llevar a cabo el cliente.
- En la actualidad, las infecciones son causadas por patógenos oportunistas y microorganismos comensales de la piel.
- Las complicaciones asociadas a los tatuajes incluyen procesos infecciosos, cutáneos o sistémicos.
- Hasta el 20 % de las tintas están contaminadas. El origen de la contaminación son por las prácticas de fabricación deficientes o el uso de agua del grifo como diluyente no estéril.



Granuloma sarcoideo. **Fuente**: Fomes Pujalte B, Diaz Formes P, Sierra Talamantes C. Complicaciones y cuidados de los piercing y los tatuajes (1ª parte). Enfermería Dermatológica [internet]; 13-14 (5): 22-28.



Conclusiones

La población no conoce los riesgos de hacerse un tatuaje, por ellos es importante aportar a los usuarios los conocimientos acerca de los riesgos o efectos secundarios de esta técnica y así prevenir las complicaciones asociadas mediante la educación sanitaria.

Resumen: La realización de los tatuajes es una práctica muy popular y han aumentado la probabilidad de padecer efectos secundarios no deseados. Entre las complicaciones asociadas a los tatuajes destaca la infección local, dependiendo estas de la experiencia del tatuador y de los cuidados posteriores. Los tatuajes temporales por *henna* destacan por su bajo peso molecular y la alta adherencia de la *parafenilendiamina* (PPD), haciendo a esta sustancia sea alergénica. Se analizan los cuidados necesarios para evitar dichas complicaciones. Se realiza una búsqueda de fuente bibliográficas en las bases de datos de PubMed, la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y Dialnet.

Palabras Clave: Tatuaje, Planta de hena, Ciudados de enfermería

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El término *"tatuar"* hace referencia al acto de introducir pigmentos en la dermis para crear un dibujo, figura o texto. El arte corporal ha estado presente desde finales del Neolítico. Durante los setenta eran signo de rebeldía. Sin embargo, en la actualidad, según la Asociación Española de Dermatología y Venereología (AEDV), se estima que entre un 8% y un 24% de la población tiene al menos un tatuaje.

Dependiendo de su permanencia en el cuerpo podemos diferenciar entre tatuaje temporal o permanente. El permanente suele realizarse por profesionales o por personal *amateur* y consiste en inocular tinta en la dermis mediante perforaciones de 1-2mm de profundidad. Los tatuajes no profesionales son realizados por personal no cualificado, usualmente en bajas condiciones de asepsia, y suelen emplear tinta china, carbón vegetal o cenizas como pigmento y un alfiler. Lo cual aumenta la tasa de complicaciones como la infección local.

Por otro lado, el tatuaje temporal dura entre dos o tres semanas por el proceso fisiológico de renovación cutánea. Estos consisten en la tinción de la superficie del estrato córneo con *henna*, un producto vegetal obtenido de la planta *Lawsonia inermis*, una sustancia de color marrón rojizo. En Occidente, la *henna* se adultera con productos como aceite de limón, vinagre o té para conseguir mayor duración, y para una mayor intensidad se utiliza *parafenilendiamina* (PPD), obteniendo un tono más negro.

Objetivo:

Analizar y describir la repercusión de los tatuajes en la salud desde una perspectiva enfermera.

Material y Método:

Se realiza un análisis detallado de la literatura científica, con la finalidad de encontrar los mejores resultados y las mejores evidencias disponibles.

Para ello, se tradujeron las palabras a palabras claves a través de Descriptores en Ciencia de la Salud (DeCS) y de Medical Subject Headings (MeSH). Las bases de datos a las que se ha recurridos para escoger los artículos han sido PubMed, la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y Dialnet.

Los límites de búsqueda propuestos incluyen los artículos cuya fecha de publicación no supere los 5 años. Sin embargo, debido a las escasas publicaciones que se encuentran sobre dicho tema, se debe ampliar el límite de búsqueda.

Resultados:

El tatuaje al romper la barrera de la piel, y entrar en contacto con los capilares sanguíneos y los vasos linfáticos, conlleva riesgo de infección y de transmitir enfermedades infecciosas. Se estima que entre el 1% y el 5% de las personas tienen infecciones bacterianas asociadas a los tatuajes. Estas infecciones pueden ir desde leves, con una infección cutánea local superficial, hasta casos sistémicos graves.

El riesgo de infección depende principalmente de las condiciones higiénicas en las que se realiza el tatuaje (Ej. humedecer la aguja con saliva) y de los cuidados posteriores. En la actualidad, han mejorado condiciones de asepsia y las infecciones son causadas principalmente por patógenos oportunistas y microorganismos comensales de la piel.

Además, los pigmentos suministrados pueden estar contaminados (incluidas las tintas etiquetadas como estériles), siendo el porcentaje de esto del 20%. Las contaminaciones pueden tener su origen en prácticas de fabricación deficientes o por el uso de agua del grifo como diluyente no estéril. El rojo es el color más problemático.

Se ha advertido que la tinta del tatuaje, por ser insoluble, es fagocitada por los macrófagos y puede observarse en los ganglios linfáticos regionales. En los ganglios se desarrolla una respuesta inflamatoria cuyos efectos secundarios son desconocidos.

Las reacciones inflamatorias agudas aparecen de forma inmediata y pueden durar hasta 2 semanas. Este se considera un efecto secundario previsible ya que se debe a la infiltración intradérmica del pigmento. Los pacientes son advertidos con antelación y no requieren asistencia médica.

Por otra parte, las reacciones inflamatorias retardadas aparecen varias semanas o años tras la realización del tatuaje. Entre las que se incluyen: dermatitis de contacto alérgica, reacciones granulomatosas, reacciones psudolinfomatosas e hiperplasia psudoepiteliomatosa.

El fenómeno de Koebner se puede dar en pacientes con psoriasis, lupus eritematoso cutáneo y sarcoidosis, que se realicen un tatuaje.

Por otro lado, la PPD es una molécula pequeña que actúa como un hapteno, tiene poder sensibilizante y estimula el sistema inmune, pudiendo generar una dermatitis alérgica de contacto acompañada de picor y enrojecimiento. Estas reacciones producen zonas hipopigmentadas temporalmente y cicatrices hipertróficas.

Es decir, reacciona con sustancias que tengan en su estructura molecular un anillo bencénico como tintes capilares, látex o anestésicos locales. Por ello, los pacientes pueden desarrollar toxicodermias por sulfonamidas (antibióticos, hipoglucemiantes), ácido paraaminobenzoico (PABA) y anestésicos derivados de este (procaína y la benzocaína). A consecuencia, los pacientes no podrán utilizar en un futuro productos que la contengan.

A pesar de que la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios ha prohibido el uso de la PPD directamente sobre la epidermis y su concentración no puede sobrepasar el 2%, las concentraciones de PPD han llegado a ser del 15,7%.

Por último, los cuidados del tatuaje se centran en la prevención de la infección y la preservación de la apariencia del tatuaje. Tras la realización del tatuaje, este debe ser considerado como una herida en la piel, y el individuo debe realizar curas domiciliarias a diario. Una vez curado, el tatuaje debe protegerse de las radiaciones solares.

Conclusiones:

La población no conoce los riesgos de hacerse un tatuaje, por ello es importante aportar a los usuarios los conocimientos acerca de los riesgos o efectos secundarios de esta técnica y así prevenir las complicaciones asociadas mediante la educación sanitaria.

Bibliografía

1.- Mataix J, Silvestre JF. Reacciones cutáneas adversas por tatuajes y piercings. Actas Dermosifiliogr (Alicante) 2009 [citado 12 Sep 2022]; 100: 643-56.

2.- Laux P, Tralau T, Tentschert J, Blumen A, Al Dahouk S, Bäumler W, et al. A medical-toxicological view of tattooing. Lancet (Germany) [internet] 2016 [citado 12 Sep 2022]; 387: 395-402. Disponible en: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60215-X

3.- Müller N, Breuer J, Adler K, J. Freudenthal N. "Body modification: piercing and tattooing in congenital heart disease patients", decoration or disaster?—a narrative review Cardiovasc Diagn Ther (Germany) [internet] 2021 [citado 12 Sep 2022]; 11 (6) :1395-1402. Disponible en: https://dx.doi.org/10.21037/cdt-21-458

4.- Pittman A, Gary J, Pepper C. An integrative review of body art in nursing (Texas) Nurse Educ [internet] 2022 [citado 12 Sep 2022]; 47 (4): 197-201. Disponible en: doi: 10.1097/NNE.0000000000001168

5.- Tierz Puyuelo S, Navarro Picó M, Molina Gracia A, Villa García L, Lozano Casado M, Guerrero Palmero A, et al. Complicaciones y cuidado local de la piel tras la realización de un tatuaje: revisión sistemática. Gerokomos [Internet]. 2021 [citado 12 Sep 2022]; 32 (4): 257-262. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2021000500257&lng=es

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 173

Revisión bibliográfica: Cuidado de las Quemaduras

Montes Mansilla, Marta
Sánchez Puertas, María
Montaño Herrera, Liliana Patricia

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: CUIDADO DE LAS QUEMADURAS

Marta Montes Mansilla María Sánchez Puertas Liliana Patricia Montaño Herrera

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define las quemaduras como "una lesión a la piel u otro tejido orgánico causada principalmente por el calor o la radiación, la radioactividad, la electricidad, la fricción o el contacto con productos químicos". La mayoría de los afectados por quemaduras las sufren en el hogar. Para valorar las quemaduras, se debe tener en cuenta diversos factores como: el agente causal, la profundidad, la extensión y la edad del paciente. La intervención de enfermería se define como el tratamiento que se basa en el conocimiento y en el juicio clínico que realiza enfermería para favorecer el resultado de la patología del paciente.

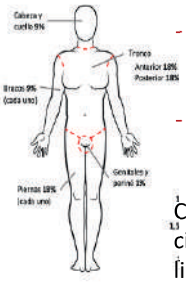


Grafico 2. Regla de los 9 de Wallace

Objetivos

- **Describir los diferentes tipos de tratamientos actuales para las quemaduras realizados por enfermería.**
- **- Analizar los distintos ipos de quemaduras acorde a sus características.**

Metodología

Consiste en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda sistemática de libros y se consultó artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo.

Resultado

Para poder tratar las quemaduras de forma correcta, se debe determinar el tipo de quemadura, su gravedad, profundidad y extensión. La clasificación por profundidad es medida en grados y cuenta con tres niveles, según gráfico 1. Otro tipo de clasificación es la acorde a la extensión de la quemadura. Para ello, existen diversos métodos, entre ellos, el más utilizado es la Regla de los 9 de Wallace (Gráfico 2).

La bibliografía coincide en que el personal de enfermería debe atender de forma temprana a los pacientes con quemaduras para evitar la infección de estas y favoreciendo una pronta cicatrización y debe atender las necesidades que surjan tanto del paciente como sus familiares, para favorecer el autocuidado e información para la prevención en quemaduras. Se remarca la importancia de que el cuidado comienza en la atención inicial de la quemadura hasta su recuperación y rehabilitación. Sin olvidar la atención psicológica en este tipo de pacientes, ya que pueden surgir patologías mentales debido a secuelas corporales.

Grafico 1. Clasificación Quemaduras

CLASIFICACIÓN QUEMADURAS					
Grados	Afectación	Aspecto	Dolor	Curación	Secuelas
Grado 1	Epidermis	Eritema Escozor y picor	Dolorosa *Si edema comprime terminaciones nerviosas*	Espontánea 4-7 Días	No secuelas *A veces pigmentación residual*
Grado 2 Superficial	Epidermis Dermis	Eritema Flictema Vesícula Exudado	Muy Dolorosa	Espontánea 7-14 Días	Hipopigmentación
Grado 2 Profundo	Epidermis Dermis	Blanco	No dolorosa *Se han destruido terminaciones nerviosas*	Si espontánea alrededor 21 días	Si espontánea *Cicatriz retráctil con posible perdida de función*
Grado 3	Epidermis Dermis Fascias, Músculo y huesos	Negro o blanco Red venosa trombosada Piel acartonada	No dolorosa *Se han destruido terminaciones nerviosas*	Tratamiento quirúrgico Injertos	Cicatrices defectuosas
Grado 4	Tejido subcutáneo, músculo, tendones e incluso hueso	Negro	No dolorosas	Tratamiento quirúrgico Injertos	Cicatrices defectuosas

RESULTADOS	
Wilson Carter (2020) y Jimenez Serrano et al. (2018)	1º cura debe ser la aplicación de agua, suero salino o paños húmedos para hidratar la piel
En cuanto a las quemaduras de segundo grado, Carbajal et al. (2018)	Aquellas quemaduras de poca extensión, poco riesgo de infección, se tratarán con Clorhexidina al 1% diluida al 50% con suero
APÓSITOS	
CARACTERISTICAS COMUNES	Capacidad de proteger ante infecciones, que eviten la pérdida calórica y que sean lo más cómodos posible para el paciente
AMPOLLAS O FLICTEMAS	Hay controversia sobre si deben desbridarse o no. La mayoría de bibliografía recomienda que se desbride siempre de forma aséptica
INFECCIÓN	
Carbajal et Al. (2018)	Plantean el uso de sulfadiazina como tratamiento en quemaduras con un grosor parcial
Jimenez Serrano et al (2018)	Este tipo de quemaduras no se atenderían por enfermería en Atención Primaria y deberían derivarse al Servicio Hospitalario pertinente
Thelmo A. et al (2019)	Recomienda que se instaure de forma inmediata fluidoterapia mediante la fórmula de Parkland
FLUIDOTERAPIA	
Cristaloides los más utilizados	Recomendable solucion salina isotonica (0,9%)
Quemaduras graves	Ringer lactato o acetato ringer
Quemaduras con alto riesgo a infeccion	Sulfadiazina

Conclusión

Las quemaduras son un gran problema de salud con una elevada incidencia en la actualidad. Tras la revisión bibliográfica, se considera que hace falta la realización de más estudios que demuestren la eficacia de los distintos tipos de tratamiento o la necesidad de unificar criterios ante la magnitud de productos en el mercado. Por ello, se cree necesario la realización de una clasificación unificada de las quemaduras y sus pautas de atención. Por otra parte, se han extraído las siguientes conclusiones:

- La atención temprana de la quemadura es imprescindible. En este primer contacto inicial con el paciente se debe valorar el tipo de quemadura, el agente causante y la extensión.
- Una de las primeras actuaciones debe ser el control hemodinámico.
- El tipo de cura más recomendada es el tipo de cura en ambiente húmedo.
- El antimicrobiano de uso más común es la sulfadiazina combinada con apósitos de plata.
- Se remarca la necesidad de continuar con un trabajo de prevención y promoción de las quemaduras por parte de enfermería.

Bibliografía: 1. Jimenez Serrano, R., & García Fernández, F. P. (2018). Manejo de las quemaduras de primer y segundo grado en atención primaria. Jaén. Recuperado de https:// scielo.isciii.es/pdf/geroko/v29n1/1134-928X-geroko-29-01-45.pdf. 2. Castell, V. (2019, enero 23). Guía de Práctica Clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras. GuíaSalud. https://portal.guiasalud.es/gpc/guiade-practica-clinica-para-el-cuidado-de-personas-que-sufren-quemaduras/. 3. Fernandez Santervás, Y., & Melé Casas, M. (2020). Quemaduras. Barcelona. Recuperado de https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/21_ quemaduras.pdf

Resumen: Enfermería realiza las curas de pacientes quemados con la complicación añadida de la cantidad de técnicas, tratamientos, apósitos y nuevos avances en las quemaduras que se encuentran disponibles. Los objetivos son describir los diferentes tipos de tratamientos actuales para las quemaduras realizados por enfermería y analizar los distintos tipos de quemaduras acorde a sus características. Consiste en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Para poder tratar las quemaduras de forma correcta, se debe determinar el tipo de quemadura, su gravedad, profundidad y extensión. Las quemaduras son un gran problema de salud con una elevada incidencia en la actualidad.

Palabras Clave: Atención de Enfermería, Enfermería, Quemaduras

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define las quemaduras como “una lesión a la piel u otro tejido orgánico causada principalmente por el calor o la radiación, la radioactividad, la electricidad, la fricción o el contacto con productos químicos”. La intervención de enfermería se define como el tratamiento que se basa en el conocimiento y en el juicio clínico que realiza enfermería para favorecer el resultado de la patología del paciente.

Objetivo:

- Describir los diferentes tipos de tratamientos actuales para las quemaduras realizados por enfermería.

- Analizar los distintos tipos de quemaduras acorde a sus características.

Material y Método:

Consiste en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda sistemática de libros y se consultarán artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo.

Resultados:

Para poder tratar las quemaduras de forma correcta, se debe determinar el tipo de quemadura, su gravedad, profundidad y extensión. La clasificación por profundidad es medida en grados y cuenta con tres niveles:

- Primer grado o superficiales: afectación de la epidermis sin dañar la capa basal.

- Segundo grado: suelen ser tanto superficiales como profundas. Se reconocen por la aparición de flictenas y ampollas.

- Quemaduras de tercer grado: Fernández Santervás, Y., & Melé Casas, M. (2020) describen este tipo de quemaduras como aquellas que pueden ser subdérmicas o hipodérmicas. No se aprecia sensibilidad en la zona afectada, ya que están afectadas las terminaciones nerviosas.

- Quemaduras de cuarto grado: este tipo de grado es poco utilizado en la bibliografía. Se consideran aquellas lesiones que han alcanzado tejido subcutáneo, músculos, tendones e incluso hueso.

Otro tipo de clasificación es la acorde a la extensión de la quemadura. Para ello, existen diversos métodos, entre ellos, el más utilizado es la Regla de los 9 de Wallace, la cual divide las zonas anatómicas en valores del 9% o múltiplos de 9% de la SCT (superficie corporal total). Para establecer un correcto tratamiento, la American Burn Association clasifica las quemaduras, este criterio se basa en la profundidad, tamaño y localización de la quemadura. En las quemaduras de primer grado, es de vital importancia que el tratamiento se inicie cuanto antes. Según la Guía de práctica clínica de la American Burn Association, Wilson Carter (2020) y Jiménez Serrano et al. (2018) coinciden en que la primera cura debe ser la aplicación de agua o suero salino para hidratar la piel. En cuanto a las quemaduras de segundo grado, Carbajal et al. (2018) recomienda que en aquellas quemaduras de poca extensión, poco riesgo de infección y superficiales, se tratarán con Clorhexidina al 1% diluida al 50% con suero fisiológico.

En cuanto al uso de apósitos, pese a la gran variedad de ellos disponibles en el mercado, la bibliografía está de acuerdo con las características comunes que deben cumplir: capacidad de proteger ante infecciones, que eviten la pérdida calórica y que sean lo más cómodos posible para el paciente. Con respeto a las ampollas y a las flictenas, hay controversia sobre si deben desbridarse o no. La mayoría de bibliografía recomienda que se desbride siempre de forma aséptica. Si existiera infección, Carbajal et Al. (2018) plantean el uso de sulfadiazina. Según Jiménez Serrano et al (2018) este tipo de quemaduras no se atenderían por enfermería en Atención Primaria y deberían derivarse al Servicio Hospitalario pertinente. Thelmo A. et al (2019), recomienda que se instaure de forma inmediata fluidoterapia mediante la fórmula de Parkland. Los líquidos cristaloides son los más empleados en el inicio de la fluidoterapia, la más recomendable a nivel mundial es la solución salina isotónica (0,9%). En quemaduras más graves, el Ringer lactato es el recomendado. En quemaduras con alto riesgo de infección, el tratamiento de elección es la aplicación de sulfadiazina. En algunos estudios, indican que el uso combinado de sulfadiazina con nitrato de cerio presenta múltiples beneficios para el paciente, ya que penetra en la escara evitando la aparición de bacterias.

La bibliografía coincide en que el personal de enfermería debe atender de forma temprana a los pacientes con quemaduras para evitar la infección de estas y favoreciendo una pronta cicatrización y debe atender las necesidades que surjan tanto del paciente como sus familiares. Se remarca la importancia de que el cuidado comienza en la atención inicial de la quemadura hasta su recuperación y rehabilitación.

Conclusión: Las quemaduras son un gran problema de salud con una elevada incidencia en la actualidad. Tras la revisión bibliográfica, se considera que hace falta la realización de más estudios que demuestren la eficacia de los distintos tipos de tratamiento o la necesidad de unificar criterios ante la magnitud de productos en el mercado. Por ello, se cree necesario la realización de una clasificación unificada de las quemaduras y sus pautas de atención.

Conclusiones:

- La atención temprana de la quemadura es imprescindible. En este primer contacto inicial con el paciente se debe valorar el tipo de quemadura, el agente causante y la extensión.

- Una de las primeras actuaciones debe ser el control hemodinámico.

- El tipo de cura más recomendada es el tipo de cura en ambiente húmedo.

- El antimicrobiano de uso más común es la sulfadiazina combinada con apósitos de plata.

- Se remarca la necesidad de continuar con un trabajo de prevención y promoción de las quemaduras por parte de enfermería.

Bibliografía

1.- Jiménez Serrano, R., & García Fernández, F. P. (2018). Manejo de las quemaduras de primer y segundo grado en atención primaria. Jaén. Recuperado de https:// scielo.isciii.es/pdf/geroko/v29n1/1134-928X-geroko-29- 01-45.pdf.

2.- Castell, V. (2019, enero 23). Guía de Práctica Clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras. GuíaSalud. https://portal.guiasalud.es/gpc/guia de-practica-clinica-para-el-cuidado-de-personas-que-sufren-quemaduras/.

3.- Fernández Santervás, Y., & Melé Casas, M. (2020). Quemaduras. Barcelona. Recuperado de https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/21_ quemaduras.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 174

Revisión de las Técnicas enfermeras de Descontaminación Digestiva en Intoxicaciones medicamentosas Agudas

Iniesta González, Marina
Martos Sánchez, Almudena
Castellanos Velázquez, Yolanda
Martínez Lao, Isabel
Martínez Lara, Paloma

REVISIÓN DE LAS TÉCNICAS ENFERMERAS DE DESCONTAMINACIÓN DIGESTIVA EN INTOXICACIONES MEDICAMENTOSAS AGUDAS

A REVIEW, NURSING TECHNIQUES FOR DIGESTIVE DECONTAMINATION IN ACUTE DRUG POISONING

Marina Iniesta González, Almudena Martos Sanchez, Yolanda Castellanos Velazquez, Isabel Martinez Lao, Paloma Martinez Lara

FUNDAMENTO Y OBJETIVO: La descontaminación digestiva es un procedimiento bastante utilizado en los servicios de urgencias, competencia de la enfermería. Por ello se realiza una investigación dirigida a analizar y conocer las técnicas de descontaminación digestiva llevadas a cabo por los profesionales de enfermería en las intoxicaciones digestivas agudas y conocer la forma correcta en la que deben desarrollarse estas técnicas.

METODOLOGÍA: El estudio consta de una revisión de la última evidencia científica en las bases de datos de PubMed y Dialnet de los últimos diez años.

RESULTADOS



AMIGÓ ET AL. 2004	Demuestra cómo es necesario el seguimiento de un protocolo por parte de los enfermeros que atienden los casos de intoxicación digestiva puesto que se comprueba que es mucho más eficiente que el seguimiento de un criterio propio.
KELLEHER AND COTTER 2009	Más de la tercera parte de los enfermeros encuestados en esta investigación opinan que la calidad del manejo del paciente intoxicado se ve reducida a causa de las escasez de recursos en su hospital.
AMIGÓ TADÍN 2012	Es conveniente dejar la sonda nasogástrica (SNG) a caída tras un lavado gástrico para poder expulsar el contenido que no se haya podido retirar con la técnica. En caso de administrar carbón activado (CA) por sonda nasogastrica, está indicado pinzar la sonda durante 2h, y después dejar a caída durante otras 2h para evitar efectos adversos de la eliminación del carbón activado.
FERNANDEZ, GARCÍA, AND PRIETO 2016	3 expertos coinciden en usar el sondaje nasogástrico con sonda Levin para el vaciado gástrico, la administración de fármacos, la nutrición enteral y la obtención de muestras de contenido gástrico y usar la sonda Faucher para el sondaje orogástrico (SOG) en el lavado gástrico.
M. ABEBE, W. KASSAW, AND E.SHEWNGASH AW 2019	Los enfermeros investigados no poseen la formación necesaria sobre las intoxicaciones, se muestra una falta de información y de capacidades en los enfermeros, lo que produce menor calidad asistencial.
MÄKELA ET AL. 2020	La formación y experiencia profesional en la enfermería aumentan las habilidades de los profesionales en el manejo de las intoxicaciones, por lo que es importante que los enfermeros tengan una formación sobre el paciente intoxicado.
CARVALHO SEABRA ET AL. 2020	Es necesaria la creación de diagnósticos NANDA relacionados con la intoxicación digestiva ya que no existen diagnósticos específicos y es complejo diagnosticar al paciente en el PAE.

B.A. EL-ATA, A. EL-KADER, AND S.S. HASSAN 2021	Recomienda implantar programas de capacitación continua en los servicios que traten con intoxicaciones, ya que se correlaciona directamente el conocimiento general de los enfermeros con la calidad de las técnicas en intoxicaciones.
SUPERVÍA A ET AL. 2021	Es el estudio más reciente hasta la actualidad, en mostrar que el método más usado por los enfermeros como preferencia es el lavado gástrico, por delante del CA.
YAN, WANG, AND WANG 2021	Estudio clínico incompleto en el que se diseña una nueva sonda gástrica antireflujo de 3 luces, 2 de ellas con balón inflable para permitir su fijación al cardias y evitar el reflujo en la extracción de la sonda.
BURILLO-PUTZE ET AL. 2003	Estudio epidemiológico del SEMESTOX que muestra un uso excesivo del flumazenil en casos no comatosos, el uso preferente de lavado gástrico por delante del CA y tratamiento inacertado en algunos casos por parte de los profesionales.
BURILLO PUTZE G ET AL. 2008	Es el primer estudio español que observa cómo los enfermeros usan como preferencia el CA. Sin embargo muestra un excesivo número de sondajes nasogástricos. Indica que sería conveniente valorar los protocolos actuales y editarlos para evitar técnicas menos indicadas.
BURILLO PUTZE ET AL. 2015	Compara, mediante una encuesta a los enfermeros españoles, resultados con el estudio anterior (2008). Se sigue observando la preferencia de los enfermeros ante el carbón activado. Se aplicaban mejor las técnicas en aquellos servicios que disponían de protocolo. El CA a dosis única se utiliza menos de lo esperado, y solamente una cuarta parte de los SUAP disponen de CA. Se ve un alto número de SNG y pocos SOG, además de un excesivo método SNG -> Lavado Gástrico -> CA. Se recomienda la revisión de los protocolos existentes y la redacción de guías generales.



DISCUSIÓN

Los análisis anteriores muestran diversos ámbitos mejorables en el ámbito de la enfermería. Se debe revisar la existencia de protocolos y actualizarlos según las últimas investigaciones en intoxicaciones a nivel nacional. Además, los enfermeros deberán cumplir estos protocolos y guías basados en la evidencia.

Se debe, además, revisar y actualizar de igual manera los diagnósticos NANDA relacionados con el paciente intoxicado.

Destaca la falta de conocimientos, formación y/o experiencia de los enfermeros ante la intoxicación, es necesario brindarles una formación.

Sobre el CA, cada vez está más en uso, sin embargo a nivel nacional se sigue usando en exceso el lavado gástrico como técnica única o asociado a la administración de CA. Se debería tener más en cuenta el uso de CA vía oral.

Se debe enseñar que la administración de flumacenil se utiliza únicamente en un paciente intoxicado por benzodiacepinas conocidas con Glasgow<9.

Destacar la importancia que tiene el SUAP y que esté abastecido con material necesario para las desintoxicaciones (CA).

Es muy positivo poder encontrar nuevas investigaciones que desarrollan materiales nuevos para evitar la broncoaspiración del paciente y aumentar su seguridad.

BIBLIOGRAFÍA

Amigó, M., Nogué, S., Sanjurjo, E., Farré, J., Ferre, I., & Miró, O. (2004). Efficacy and safety of gut decontamination in patients with acute therapeutic drug overdose. Medicina Clínica, 122(18), 687–692.

Amigo Tadín, M. D.(2012). Lavado gástrico en el paciente con intoxicación aguda. Rure Investigación, 68, 1-14.

Bakr Abo Mustafa, A., Abdu El-Kader, H. M., & Saad Saad Hassan, S. (2021). Critical care nurses' knowledge and practices about toxicological emergencies. Port Said Scientific Journal of Nursing, 8(3), 64-83.

Burillo Putze, G., Díaz Acosta, J., Matas Castro, S., Herrero Duarte, J. I., Benito Lozano, M., Lozoh Sánchez, M. A., de la Puente García, C., Esplosito Rodríguez, M., & Jimenez Soza, S. (2015). Adverse events caused by activated charcoal in an emergency services survey. Anales Del Sistema Sanitario de Navarra, 32(3), 203–211.

Burillo Putze G, Munné Masi G, Dueñas Laita A, Trujillo Martín M, Sosa Jiménez A, Adrián Martín MI, Aviles Amat J, Barnuevo Cisneli M, Baz Niso R, Calderon de la Barca Gázquez JM, ANGEL BAJO BAJO, & JOSE MANUEL CALDERON DE LA BARCA GAZQUEZ. (2008). Intoxicaciones agudas: perfil epidemiológico y clínico, y análisis de las técnicas de descontaminación digestiva utilizadas en los servicios de urgencias españoles en el año 2006--Estudio HISPATOX. Emergencias, 20, 16–26.

Burillo-Putze, G., Munne, P., Dueñas, A., Ángel Pinillos, M., Manuel Nasello, J., Cobo, J., Alonso, J., Juan Cansino, H., Corull, A., & la Paz, R. (2008). Notoria multicentre study of acute intoxication in emergency departments of Spain. European Journal of Emergency Medicine, 15, 101-104. https://doi.org/10.1097/01.mej.0000252640.95480.bf

Carvalho Seabra, P. R., Martins de Sousa Valentim, O. M., Veludo Fernandes, F. A., & Pedro Severino, S. S. (2020). Moving Beyond Nursing Standardized Language for Substance Use Problems Issues in Mental Health Nursing, 42(3), 267-273. https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1793245

Fernandez, S., García, J. A., & Prieto, M. E. (2016). Sistema Experto de ayuda a la formación y la decisión e intervención con sondas, naso y orogástricas en la actividad de la enfermería.

Kelleher, S., & Cotter, Pa. (2009). A descriptive study on emergency department doctors' and nurses' knowledge and attitudes concerning substance use and substance users. International Emergency Nursing, 17(1), 3–14.

Mäkelä, K. L., Kylma, J., Hakala, T., Lähdesmäki, E., Puolakka, K., & Kemunen, M. (2020). Nursing staff's self-assessed skills concerning the care of acutely ill alcohol-intoxicated patients in emergency departments. Nordic Journal of Nursing Research, 40(1), 29–33.

Mamo Abebe, A., Wazla Kassaw, M., & Dellanos Shewngashaw, N. (2019). Assessment of knowledge and practice of nurses on initial management of acute poisoning in Dessie referral hospital Amhara region, Ethiopia, 2018. BMC Nursing, 18(1).

Supervía A, Salgado E, Córdoba F, García Gibert L, Martínez Sánchez L, Moreno A, Fuente E, Galicia Paredes M, Martínez Más D, Clemente C, & Nogué S. (2021). Poisoning cases in Catalonia: characteristics according to age groups in the Intox-28 study. Emergencias, 33, 115–126.

Yan, H., Wang, H., & Wang, Y. (2021). A design of anti-reflux gastric lavage tube with built-in airbag. Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi, 39(11), 876–877.

CONCLUSIONES: Es necesaria la redacción de nuevos protocolos en descontaminación digestiva y la enseñanza sobre el uso de las técnicas de manera correcta a los enfermeros. Actualmente, no se puede decir que exista una actuación común entre los enfermeros españoles en la descontaminación digestiva y las recomendaciones que ofrece la evidencia científica no siempre se cumplen en su totalidad.

Resumen: Este estudio investigó las técnicas de descontaminación digestiva llevadas a cabo por enfermeros en casos de intoxicaciones agudas, realizando una revisión de la evidencia científica. Los resultados mostraron una escasez de protocolos actualizados y falta de formación en descontaminación digestiva. La falta de protocolos y las diferencias en prácticas fueron evidentes. Se concluye que se necesitan nuevos protocolos y mayor capacitación para asegurar una práctica consistente y basada en la evidencia.

Palabras Clave: Intoxicación, Descontaminación, Atención De Enfermería.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

En la intoxicación aguda, una exposición breve a una sustancia tóxica en dosis peligrosas puede causar daño al organismo. La toxicología clínica abarca la prevención, diagnóstico y tratamiento de las intoxicaciones, ya que pueden resultar en diversas enfermedades.

Para realizar la descontaminación digestiva en un servicio de urgencias se puede usar el carbón activado, el lavado gástrico, la aspiración gástrica simple, los antídotos y los catárticos, entre otros.

Objetivo:

El objetivo de este trabajo es describir cuales serían las técnicas de descontaminación digestiva correctas en intoxicaciones agudas medicamentosas y compararlas con las actuales técnicas usadas por los enfermeros.

Material y Método:

Se ha desarrollado este trabajo de revisión literaria con la evidencia científica más actual sobre el tema.

Se realizó la búsqueda en diversos motores de búsqueda de libre acceso que permiten consultar la información sobre medicina, enfermería y salud. Estos motores son Pubmed y Dialnet.

Como descriptores de búsqueda se han utilizado los siguientes términos del MeSH como palabras clave: Activated charcoal, Antidote, COVID-19, Decontamination, Drug, Gastric lavage, Gastrointestinal decontamination, Epidemiology, Ipecuanha, Knowledge, Nurses, Nursing, Poisoning, Probing, Toxic, Toxicologic, Tube y Triage.

Resultados:

Este trabajo de investigación analiza una variedad de estudios relacionados con las técnicas de descontaminación digestiva realizadas por enfermeros. Se destaca la falta de protocolos estandarizados en este ámbito, lo que puede llevar a prácticas inadecuadas. La formación en intoxicaciones agudas es insuficiente y se observa una diferencia en la calidad de las técnicas entre enfermeros capacitados y no capacitados. Además, se evidencia una falta de diagnósticos específicos para pacientes intoxicados en los planes de cuidado de enfermería. En cuanto a las técnicas utilizadas, se encuentra una discrepancia en la preferencia por el lavado gástrico y el carbón activado, aunque se

observa un aumento en el uso del carbón activado a lo largo del tiempo. Respecto a los antídotos, se destaca el uso frecuente de flumazenil en intoxicaciones por benzodiacepinas, incluso en casos inapropiados. Por otro lado, el jarabe de ipecuana se utiliza de manera limitada y con poca eficacia. En general, se requiere una mejora en la formación, la implementación de protocolos claros y la actualización de los planes de cuidado de enfermería relacionados con la intoxicación. Estos hallazgos sugieren la necesidad de investigaciones adicionales y un seguimiento continuo de las prácticas de enfermería en este campo.

Conclusiones:

Este trabajo destaca la falta de conocimiento de protocolos en algunos servicios y la variabilidad en las técnicas utilizadas. Se enfatiza la necesidad de formación continua, revisión de protocolos y mayor investigación en el tema. Se sugiere realizar un segundo trabajo actualizado y más exhaustivo que incluya una investigación más profunda con enfermeros de diferentes servicios.

Bibliografía

1.- Amigó, Montserrat et al. 2004. “Efficacy and Safety of Gut Decontamination in Patients with Acute Therapeutic Drug Overdose.” Medicina Clínica 122(13): 487–92.

2.- Amigó Tadín, Montserrat. 2012. “Lavado Gástrico En El Paciente Con Intoxicación Aguda.” Nure Investigación 58: 1–14.

3.- An, Howard, and Jesse Godwin. 2016. “Flumazenil in Benzodiazepine Overdose.” CMAJ 188: 17–18.

4.- Bakr Abo El-Ata, Amal, Hayat Mohamed Abdu El-kader, and Sawsan Saad Saad Hassan. 2021. “Critical Care Nurses’ Knowdeledge and Practices about Toxicological Emergencies.” Port Said Scientific Journal of Nursing 8(3): 64–83.

5.- Benson, B. E. et al. 2013. “Position Paper Update: Gastric Lavage for Gastrointestinal Decontamination.” Clinical Toxicology 51(3): 140–46.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 175

Revisión del Tratamiento de la Epilepsia Refractaria en niños con Dieta Cetogénica

Hidalgo Benítez, Beatriz
León Romero, María Jesús
Sánchez Hermoso, Lorena
León Carrasco, Marina
Carrasco Murcia, María José
Villalobos Martin-Moreno, Ana Belén

REVISION DEL TRATAMIENTO DE LA EPILEPSIA REFRACTARIA EN NIÑOS CON DIETA CETOGENICA

INTRODUCCION

Más de 50 millones de personas en todo el mundo que padecen epilepsia alrededor de un 30% son pacientes con **epilepsia refractaria** o epilepsia farmacorresistente, Como consecuencia del control deficiente de las crisis, estos pacientes presentan una peor salud y calidad de vida, por lo que es fundamental su diagnóstico para establecer posibles alternativas terapéuticas como puede ser la **dieta cetogénica**, basada en sustituir los hidratos de carbono de la dieta por lípidos.

El metabolismo de los ácidos grasos genera cuerpos cetónicos (beta-hidroxibutirato, acetoacetato y acetona), que se convertirán en la fuente de energía para el cerebro.

Una de las características de la **dieta detogénica** es que favorece la síntesis de **glutamina** (precursora del neurotransmisor ácido gamma-aminobutírico) que tendría una **acción directa antiepiléptica**. Su efecto beneficioso ha podido ser comprobado, especialmente, en niños, en los que puede controlar o reducir las crisis epilépticas en dos de cada tres casos.



OBJETIVO

Conocer la evidenciacia cientifica de la efectividad de la dieta cetogenica en niños con epilepsia refractaria.

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 utilizacion de la dieta cetogénica en paciene con epilepsia refractaria.

Los criterios de inclusión en la revisión han sido todos los estudios donde se utilizaran los términos de búsqueda: Crisis epilépticas refractaria y tratamiento con dieta cetogénica.

La búsqueda se realizó en el mes de Marzo y Mayo de 2022. Se ha usado el meta buscador google académico. Las bases de datos utilizadas fueron Medline, The Cochrane Library Plus y PubMed

Hemos seleccionado artículos en español a texto completo en los últimos 10 años. Los criterios de exclusión fueron artículos con graves defectos metodológicos y de opinión.

Las recomendaciones elaboradas están basadas en las conclusiones y recomendaciones de los documentos seleccionados a raíz de la búsqueda.

Artículos recuperados de la búsqueda

PubMed N - 2

Google Académico N- 470

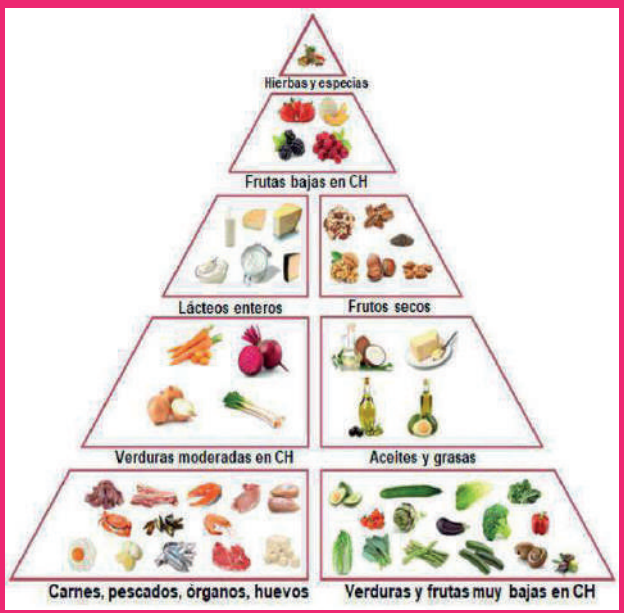
Se eliminaron los que no cumplian criterios de inclusion N -19

Se eliminan los duplicados N - 7

ESTUDIO	PAIS	DISEÑO	MUESTRA	EDAD	INTERVENCION	RESULTADOS
Felipe Araya-Quintanilla, Angela Celis-Rosati, Constanza Rodriguez-Leiva, Catalina Silva Navarro, Yessica Silva-Pinto, Beatriz Toro-Jeria 2019	Chile	Revisión Sistemática	6 artículos	2-16 años	Comparación de la dieta cetogénica en la reducción de la epilepsia frente a otras dietas	Evidencia limitada de la disminución de la epilepsia frente a otras dietas
Alia Ramirez Camacho, Silvia Meavilla, Natalia Catalan, Alejandra Gutierrez, Jaume Campistol.2011	España	Estudio Restrospectivo	30	3dias a 6años	Revision de historias clinicas	Respuesta positiva en el control de las crisis en pacientes con dieta cetogénica
Kristy J Martin McGill, Rebeca Bresnahan, Roberto G Levy Pablo n Cooper 2018	Reino Unido	Revision sistematica	15 estudios	Niños y adultos	Revision de estudios que cumplen criterios	Las dietas cetogénicas reducen la frecuencia de las epilepsias farmacoresistentes
P Ros Perez, Yo Zamarron Cuesta, M Aparicio Meix, A Sastre Gallego	España	Serie de casos	9	16meses-13años	Lectura crítica	Control de convulsiones y reducción de fármacos
Ximena Raimann, Veronica Marin, Veronica Buron, Marcelo Devilat, Amanda Ugalde 2004	Chile	Estudio observacional descriptivo prospectivo y analitico	21		Tratamiento de la epilepsia con dieta cetogenica	Buena eficacia de la dieta cetogenica
Rodriguez Hernandez Adan, Pelayo-Gonzalez Monica	Mejico	Estudio observaciona descriptivo retrospectivo analitico	10 casos	2-10 años	Analisis estadisticos de resultados recopilados	Reduccion de la epilepsia en algunos tipos de epilepsia c
M Llop, G Aznar, M.Linder	Barcelona	metanalisis	Desde 1925-1998	10 años	Resultados positivos aunque con efectos adversos.	

RESULTADOS

Existe una respuesta positiva con la dieta cetogénica en gran parte de los pacientes con epilepsia refractaria. La dieta cetogénica presenta efectos adversos gastrointestinales que pueden corregirse para una mejor tolerancia. Puede considerarse una opción terapéutica frente a epilepsias refractarias antes de iniciar otras medidas más agresivas o cuando no es factible la opción quirúrgica. Cabe destacar la importancia de un correcto diagnostico un tratamiento precoz con dieta cetogénica y formación del familiar para una mejora del paciente.



CONCLUSIONES

En líneas generales existe una respuesta positiva con la dieta cetogénica en gran parte de los pacientes con epilepsia refractaria. La tolerancia es aceptable y los efectos adversos existentes pueden prevenirse o corregirse. Puede considerarse una opción terapéutica frente a epilepsias refractarias antes de iniciar otras medidas más agresivas o cuando no es factible la opción quirúrgica. Siempre bajo supervisión médica

B. Hidalgo, M.J. León; A. Villalobos; M. J. Carrasco; L. Sánchez; M. León

Enfermeras en HGUCR

Resumen: Se ha realizado una búsqueda bibliografía para revisar diferentes estudios que relacionen la utilización de la dieta cetogénica en niños con epilepsia refractaria o farmacorresistente, la búsqueda bibliografía se realizó en el mes de marzo y Mayo de 2023e n diferentes metabuscadores. Las palabras claves fueron dieta cetogénica y crisis refractaria. Nuestros resultados fueron que existe una respuesta positiva con la dieta cetogénica en gran parte de los pacientes con epilepsia refractaria. Puede considerarse una opción terapéutica frente a epilepsias refractarias.

Palabras Clave: Dieta cetogénica, Atención de enfermería, Epilepsia

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Más de 50 millones de personas en todo el mundo que padecen epilepsia alrededor de un 30% son pacientes con **epilepsia refractaria** o epilepsia farmacorresistente, Como consecuencia del control deficiente de las crisis, estos pacientes presentan una peor salud y calidad de vida, por lo que es fundamental su diagnóstico para establecer posibles alternativas terapéuticas como puede ser la **dieta cetogénica**, basada en sustituir los hidratos de carbono de la dieta por lípidos.

El metabolismo de los ácidos grasos genera cuerpos cetónicos (beta-hidroxibutirato, acetoacetato y acetona), que se convertirán en la fuente de energía para el cerebro.

Una de las características de la **dieta cetogénica** es que favorece la síntesis de **glutamina** (precursora del neurotransmisor ácido gamma-aminobutírico) que tendría una **acción directa antiepiléptica**. Su efecto beneficioso ha podido ser comprobado, especialmente, en niños, en los que puede controlar o reducir las crisis epilépticas en dos de cada tres casos.

Objetivo:

Conocer la evidencia científica de la efectividad de la dieta cetogénica en niños con epilepsia refractaria.

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 utilización de la dieta cetogénica en pacientes con epilepsia refractaria.

Los criterios de inclusión en la revisión han sido todos los estudios donde se utilizarán los términos de búsqueda: Crisis epilépticas refractaria y tratamiento con dieta cetogénica.

La búsqueda se realizó en el mes de marzo y mayo de 2022. Se ha usado el metabuscador Google académico. Las bases de datos utilizadas fueron Medline, The Cochrane Library Plus y PubMed

Resultados:

Existe una respuesta positiva con la dieta cetogénica en gran parte de los pacientes con epilepsia refractaria. La dieta cetogénica presenta efectos adversos gastrointestinales que pueden corregirse para una mejor tolerancia. Puede considerarse una opción terapéutica frente a epilepsias refractarias antes de iniciar otras medidas más agresivas o cuando no es factible la opción quirúrgica. Cabe destacar la importancia de un correcto diagnostico un tratamiento precoz con dieta cetogénica y formación del familiar para una mejora del paciente.

Conclusiones:

En líneas generales existe una respuesta positiva con la dieta cetogénica en gran parte de los pacientes con epilepsia refractaria. La tolerancia es aceptable y los efectos adversos existentes pueden prevenirse o corregirse. Puede considerarse una opción terapéutica frente a epilepsias refractarias antes de iniciar otras medidas más agresivas o cuando no es factible la opción quirúrgica. Siempre bajo supervisión médica.

Bibliografía

1.- Felipe Araya-Quintanilla, Angela Celis-Rosati, Constanza Rodriguez-Leiva, Catalina Silva Navarro, Yessica Silva-Pinto, Beatriz Toro-Jeria 2019. Effectiveness of a ketogenic diet in children with refractory epilepsy: A systematic review

2.- Alia Ramirez Camacho, Silvia Meavilla, Natalia Catalan, Alejandra Gutierrez, Jaume Campistol.2011. Experiencia con la dieta cetogénica como tratamiento en la epilepsia refractaria

3.- Kirsty J Martin-McGill, Rebecca Bresnahan, Robert G Levy Paul N Cooper.2020.Dietas cetogénicas para la epilepsia farmacorresistente

4.- Ximena Raimann, Veronica Marin, Veronica Buron, Marcelo Devilat, Amanda Ugalde 2004. Dieta cetogénica en epilepsia refractaria: Eficacia, evolución y complicaciones a largo plazo.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 176

Revisión Sistemática: Maniobra Kristeller

Sánchez Díaz, María Cristina

REVISIÓN SISTEMÁTICA: MANIOBRA KRISTELLER

INTRODUCCIÓN

La maniobra Kristeller fue definida por Samuel Kristeller en 1867, como "Presión ejercida sobre el fondo uterino, con una o dos manos o con el antebrazo, coordinada con las contracciones uterinas en dirección hacia el canal del parto para facilitar el expulsivo".

Fue muy utilizada en el siglo pasado, sobre todo cuando se aplicaba sedación a las mujeres en el expulsivo, para que el feto pudiera salir ante la ausencia de pujo materno. Hoy sólo se admite en la segunda fase del parto, cuando la cabeza ha descendido más allá del 3º plano de Hodge. Tiene una prevalencia desconocida, ya que no se registra en la historia clínica de la paciente.

Se realiza en:
- Expulsivos prolongados.
- Niños muy grandes, en posición correcta.
- Cansancio materno o pujos insuficientes.

En la obstetricia moderna la accesibilidad al fórceps/vacuum y cesáreas hace que el kristeller sea menos común en la práctica diaria.



Imagen 1: Maniobra Kristeller

OBJETIVO

Revisar la evidencia científica sobre la utilización y los riesgos de la maniobra de Kristeller.

MÉTODOLOGÍA

Se realiza una revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cochrane y CUIDEN.

Palabras clave utilizadas: maniobra de Kristeller, presión uterina, fundal pressure.

RESULTADOS

La OMS señala que, existe la sospecha que puede ser dañino para el útero, periné y feto. Clasifica la maniobra dentro de la categoría C: prácticas de las que no existe una clara evidencia como para fomentarlas y deben usarse con cautela.

La SEGO recomienda limitar su uso a la expulsión de la cabeza con el feto coronando, en ningún caso para ayudar al descenso de la presentación, ya que favorece la distocia de hombros. Puede provocar desgarro cervical y el síndrome doloroso abdomino-pelviano en el puerperio.

Otros estudios advierten que puede ser muy peligrosa, ya que produce "desgarros en la madre y problemas en el feto". Describe fracturas, hemorragia intracraneal o cefalohematoma.

No incrementa la tasa de partos vaginales espontáneos ni reduce la tasa de parto instrumental.

El Ministerio de Sanidad: Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal (2010) concluye que:

"No existen pruebas del beneficio de la maniobra de Kristeller realizada en la segunda etapa del parto y además existen algunas pruebas, aunque escasas, de que la dicha maniobra es un factor de riesgo de morbilidad materna y fetal, por lo que se considera que su realización durante la segunda etapa del parto debe limitarse a los protocolos de investigación diseñados para evaluar su eficacia y seguridad para la madre y el feto"

Es ineficaz en la reducción de la duración de la segunda etapa del trabajo de parto.

Otro estudio, contempla la maniobra como una de las posibles causas de rotura uterina iatrogénica.

Complicaciones descritas:
- Desgarros de 3º y 4º.
- Desprendimiento prematuro de la placenta.
- Rotura y prolapsos uterinos.
- Fracturas costales, dolor y malestar materno.

En el recién nacido:
- Fracturas de clavícula, húmero.
- Hipoxias.
- Parálisis de Erb-Duchenne.

Prevención de la maniobra:
Hay alternativas para prevenir la maniobra:
- Pujos retrasados y espontáneos.
- Cambiar de posiciones durante el expulsivo.
- Dejar el tiempo necesario en el expulsivo para el descenso de la cabeza fetal.
- Parto instrumentado/ cesárea.

CONCLUSIONES

Se ha encontrado poca bibliografía al respecto. Además, la recogida de datos para estudios observacionales es difícil, ya que hay escaso registro de la maniobra en la historia clínica.

El Kristeller no se demuestra eficaz para abreviar expulsivo. Tampoco hay consenso sobre si las complicaciones son maternas, fetales o materno fetales, pero sí que coinciden casi todos los estudios en que esta maniobra no debería usarse.

Como alternativa, primero deberían probarse cambios posturales y asegurarse que se ha dado el tiempo necesario para el descenso fetal; si aun así es insuficiente habría que inclinarse por un parto instrumentado/cesárea.

La maniobra parece ser segura para el feto, pero sí que causa más desgarros perineales y la realización de más episiotomías media lateral derecha (EMLD).

Resumen: La maniobra Kristeller consiste en la presión ejercida sobre el fondo uterino, mediante una o dos manos, o con el antebrazo, de forma coordinada con las contracciones uterinas en dirección al canal de parto con el objetivo de facilitar el expulsivo. Sin embargo, en la actualidad es una práctica poco recomendada, ya que no está exenta de riesgos tanto para la madre como para el recién nacido. Por lo que se realiza una revisión sobre su uso y los riesgos que conlleva.

Palabras Clave: Útero, Matrona, Trabajo de parto

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La maniobra Kristeller fue definida por Samuel Kristeller en 1867, como "Presión ejercida sobre el fondo uterino, con una o dos manos o con el antebrazo, coordinada con las contracciones uterinas en dirección hacia el canal del parto para facilitar el expulsivo".

Esta maniobra fue muy utilizada en el siglo pasado, sobre todo cuando se aplicaba sedación a las mujeres en el expulsivo, para que el feto pudiera salir ante la ausencia de pujo materno. Actualmente sólo se admite en la segunda fase del parto, cuando la cabeza ha descendido más allá del 3º plano de Hodge. Tiene una prevalencia desconocida, ya que no se registra en la historia clínica de la paciente.

Se realiza en:

- Expulsivos prolongados.

- Niños muy grandes, en posición correcta.

- Cansancio materno o pujos insuficientes.

En la obstetricia moderna la accesibilidad al fórceps/vacuum y cesáreas hace que el kristeller sea menos común en la práctica diaria.

Objetivo:

Revisar la evidencia científica sobre la utilización y los riesgos de la maniobra de Kristeller..

Material y Método:

Se realiza una revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cochrane y CUIDEN.

Palabras clave utilizadas: maniobra de Kristeller, presión uterina, fundal pressure.

Resultados:

La OMS en su Guía sobre Atención al Parto Normal de 1996, señala que, aparte de acarrear molestias maternas existe la sospecha que puede ser dañino para el útero, periné y feto; y clasifica la maniobra dentro de la categoría C: prácticas de las que no existe una clara evidencia como para fomentarlas y deben usarse con cautela.

La Guía práctica SEGO parto normal 2008 recomienda limitar su uso a la expulsión de la cabeza con el feto coronando, en ningún caso para ayudar al descenso de la presentación, ya que favorece la distocia de hombros. Puede provocar desgarro cervical y del síndrome doloroso abdominopelviano en el puerperio. Por lo cual: “la maniobra de Kristeller y la dilatación digital deberían estar proscritas en la actualidad”.

Otros estudios advierten que puede ser muy peligrosa, ya que produce "desgarros en la madre y problemas en el feto". Consideran que no debería realizarse por sus graves riesgos, como fracturas, hemorragia intracraneal o cefalohematoma (lesión más frecuente en este estudio).

Además, "la maniobra de Kristeller no incrementa la tasa de partos vaginales espontáneos ni reduce la tasa de parto instrumental", por lo que los autores decidieron desaconsejar el uso de la maniobra de Kristeller.

Ministerio de Sanidad: Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal (2010) concluye que:

"No existen pruebas del beneficio de la maniobra de Kristeller realizada en la segunda etapa del parto y además existen algunas pruebas, aunque escasas, de que la dicha maniobra es un factor de riesgo de morbilidad materna y fetal, por lo que se considera que su realización durante la segunda etapa del parto debe limitarse a los protocolos de investigación diseñados para evaluar su eficacia y seguridad para la madre y el feto”

Es ineficaz en la reducción de la duración de la segunda etapa del trabajo de parto.

Hay un estudio que contempla esta maniobra como una de las posibles causas de rotura uterina iatrogénica.

Esta maniobra está poco estudiada y crea mucha controversia en el segundo estadio del parto.

Complicaciones descritas:

- Desgarros de 3º y 4º.

- Desprendimiento prematuro de la placenta.

- Rotura y prolapsos uterinos.

- Fracturas costales, dolor y malestar materno.

En el recién nacido:

- Fracturas de clavícula, húmero.

- Hipoxias.

- Parálisis de Erb-Duchenne.

Hay alternativas para prevenir la maniobra:

- Pujos retrasados y espontáneos.

- Cambiar de posiciones durante el expulsivo.

- Dejar el tiempo necesario en el expulsivo para el descenso de la cabeza fetal.

- Parto instrumentado/ cesárea.

Conclusiones:

Se ha encontrado poca bibliografía al respecto. Además, la recogida de datos para estudios observacionales es difícil, ya que hay escaso registro de la maniobra en la historia clínica.

El Kristeller no se demuestra eficaz para abreviar expulsivo. Tampoco hay consenso sobre si las complicaciones son maternas, fetales o materno fetales, pero sí que coinciden casi todos los estudios en que esta maniobra no debería usarse.

Como alternativa, primero deberían probarse cambios posturales y asegurarse que se ha dado el tiempo necesario para el descenso fetal; si aun así es insuficiente habría que inclinarse por un parto instrumentado/cesárea.

La maniobra parece ser segura para el feto, pero sí que causa más desgarros perineales y la realización de más episiotomías media lateral derecha (EMLD).

Bibliografía

1.- Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Ministerio de Sanidad. Madrid. 2010.

2.- Verheijen EC, Raven JH, Hofmeyr GJ. Fundal pressure during the second stage of labour. Cochrane database of Systematic Reviews. Issue 4 Art No : CD006067 DOI: 10 1002/ 14651858 CD006067 pub2 2009.

3.- Api O, Balcin ME, Ugurel V, Api M, Turan C, Unal O. The effect of uterine fundal pressure on the duration of the second stage of labor: a randomized controlled trial. Acta Obstet Gynecol Scand 2009;88(3):320-4.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 177

Revisión Sistemática: Posición De Walcher

Sánchez Díaz, María Cristina

REVISIÓN SISTEMÁTICA: POSICIÓN DE WALCHER

INTRODUCCIÓN

El parto es un proceso dinámico, en el que la movilidad y la posición de la mujer va a influir en el progreso de trabajo de parto. Sin embargo, hoy en día existe una medicalización del parto y el uso cada vez más extendido de la analgesia epidural están provocando que antiguas prácticas con respecto al parto se estén perdiendo.

La posición de Walcher o también denominada "de balanceo de trocánter" consiste en colocar a la mujer en trabajo de parto, en supino sobre una cama con las piernas hacia abajo, consiguiendo que el estrecho superior se abra en su máximo ángulo alejando la sínfisis de la columna, proporcionando al feto más espacio para encajarse en la pelvis *(ver imagen 1 y 2)*.

Su uso se inició en Alemania durante el trabajo de parto, ya que se utilizaba cuando existía una ligera estrechez de la pelvis.

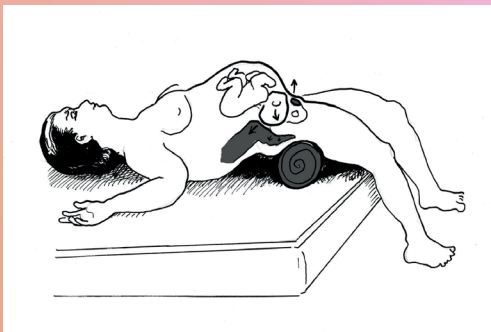


Imagen 1: Posición de Walcher.



Imagen 2: Posición de Walcher.

OBJETIVOS

- Dar a conocer en que consiste la posición de Walcher.
- Determinar los beneficios e inconvenientes de su uso.

MÉTODOLOGÍA

- Búsqueda bibliográfica en las bases de datos COCHRANE, MEDLINE y CUIDEN.
- Palabras clave: Walcher, position, labour

RESULTADOS

La posición de Walcher abre el diámetro antero posterior del estrecho superior a su mayor potencial *(ver imagen 3)*.

Un inconveniente que presenta esta posición es la dificultad e incomodidad de la postura que la gestante debe mantener durante 4 ó 5 contracciones. Además, su uso se ve limitado por la administración de analgesia epidural, que limita la movilidad de las mujeres en el paritorio.

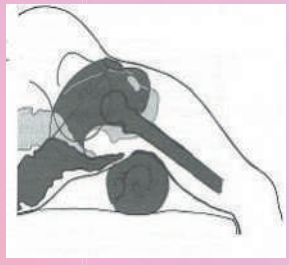


Imagen 3

CONCLUSIONES

La posición de Walcher es una posición en la que el estrecho superior se abre en su máximo ángulo alejado además de la columna, proporcionando al bebé mayor espacio para encajarse. Esta posición no es necesaria muy a menudo, solo cuando el bebé no puede entrar en la pelvis a pesar de la presencia de fuertes contracciones, por lo tanto, es una alternativa en caso de no descenso de la presentación o no hay progresión en el parto.

Resumen: La posición de Walcher o también denominada “de balanceo de trocánter” consiste en colocar a la mujer en trabajo de parto, en supino sobre una cama con las piernas hacia abajo, consiguiendo que el estrecho superior se abra en su máximo ángulo alejando la sínfisis de la columna, proporcionando al feto más espacio para encajarse en la pelvis. Por lo que es importante conocer en que consiste esta posición, así como sus beneficios e inconvenientes.

Palabras Clave: Útero, Matrona, Trabajo de parto

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El parto es un proceso dinámico, en el que la movilidad y la posición de la mujer va a influir en el progreso de trabajo de parto. Sin embargo, hoy en día existe una medicalización del parto y el uso cada vez más extendido de la analgesia epidural están provocando que antiguas prácticas con respecto al parto se estén perdiendo.

La posición de Walcher o también denominada “de balanceo de trocánter” consiste en colocar a la mujer en trabajo de parto, en supino sobre una cama con las piernas hacia abajo, consiguiendo que el estrecho superior se abra en su máximo ángulo alejando la sínfisis de la columna, proporcionando al feto más espacio para encajarse en la pelvis.

Su uso se inició en Alemania durante el trabajo de parto, ya que se utilizaba cuando existía una ligera estrechez de la pelvis.

Objetivo:

- Dar a conocer en que consiste la posición de Walcher.

- Determinar los beneficios e inconvenientes de su uso.

Material y Método:

Búsqueda bibliográfica en las bases de datos COCHRANE, MEDLINE y CUIDEN.

Palabras clave: Walcher, position, labour.

Resultados:

La posición de Walcher abre el diámetro anteroposterior del estrecho superior a su mayor potencial.

Un inconveniente que presenta esta posición es la dificultad e incomodidad de la postura que la gestante debe mantener durante 4 ó 5 contracciones. Además, su uso se ve limitado por la administración de analgesia epidural, que limita la movilidad de las mujeres en el paritorio.

Conclusiones:

La posición de Walcher es una posición en la que el estrecho superior se abre en su máximo ángulo alejado además de la columna, proporcionando al bebé mayor espacio para encajarse. Esta posición no es necesaria muy a menudo, solo cuando el bebé no puede entrar en la pelvis a pesar de la presencia de fuertes contracciones, por lo tanto, es una alternativa en caso de no descenso de la presentación o no hay progresión en el parto.

Bibliografía

1.- Tully, G. Changing birth on earth. 1º edition. Ed Maternity House Publishing (USA) 2020.

2.- Posición de Walcher modificada (FroggieWalcher's). Web de Spinning Babies. 2021. Disponible en https://www.spinningbabies.com/pregnancy-birth/techniques/other-techniques/walchers-open-the-brim/

3.- Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com/pdf/CD002006.pdf

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 178

Sexualidad en el climaterio

Márquez Fernández, Virginia
Torres Torres, Rosario
Jimenez Ramos, Carmen

SEXUALIDAD EN EL CLIMATERIO

MÁRQUEZ FERNÁNDEZ VIRGINIA, TORRES TORRES ROSARIO, JIMENEZ RAMOS CARMEN

INTRODUCCION

La sexualidad es parte esencial de una vida sana, pudiendo contribuir significativamente al bienestar físico, psicológico y social de las mujeres en el climaterio y, por lo tanto, a su calidad de vida . El período climatérico es una etapa en la vida de una mujer que representa una transición de la vida reproductiva a la no reproductiva. Durante este período el evento más notable, desde el punto de vista biológico, es la menopausia o cese de la menstruación. La edad de aparición de la menopausia se ubica entre los 45 y 55 años.

La función sexual puede cambiar y esto varía mucho de una mujer a otra, los factores psicosociales y culturales tienen una importancia considerable en la percepción por parte de las mujeres durante este período, ya que las personas son fruto de una cultura.

Resultados

La menopausia representa un factor de riesgo significativo para el desarrollo o la acentuación de los problemas relacionados con la sexualidad.

En el climaterio se registra una prevalencia de disfunción sexual que oscila entre 20% y 30% .Entre estas se destacan las alteraciones en el deseo/interés sexual, en la excitación sexual y en el orgasmo, además de la dispareunia y el vaginismo.

La disminución de estrógenos y andrógenos durante la menopausia, puede ser la responsable de alterar la función sexual; sin embargo, se sabe que existen una serie de factores que también pueden afectar la función sexual, como son: el abandono de las relaciones sexuales, la edad, los problemas físicos o mentales, la salud deteriorada o la pérdida de la pareja y el empleo de algún medicamento que afecte la sexualidad.

Se resalta los aspectos socioculturales relacionados con la sexualidad en el climaterio y la desnaturalización que se ha realizado de la menopausia. En las últimas décadas se ha pasado a una medicalización de este periodo fisiológico en la vida de las mujeres, sin abordar los aspectos sociales y culturales.

Objetivo

Conocer la sexualidad en la mujer durante el climaterio

Material y Método,

Se realiza un búsqueda bibliográfica para la obtención de datos de interés en la base de datos pubmed y en el buscador google académico con un límite temporal de 10 años. Palabras claves: menopausia, climaterio y sexualidad.





Conclusiones

Uno de los aspectos que se ven fundamentalmente afectados durante el climaterio es la sexualidad. El climaterio es una etapa de la vida de la mujer donde debe contemplarse la sexualidad como parte esencial de una vida sana.

La sexualidad en el climaterio y la menopausia no solo se ve alterada por los cambios físicos y biológicos que se producen durante este periodo sino que está influenciada por el contexto social y cultural que cada mujer viva en ese momento.

El autocuidado de la mujer durante este proceso es fundamental para favorecer una sexualidad sana desde todas sus esferas: biológica, social y cultural.

BIBLIOGRAFIA

Graziottin A. Menopause and sexuality: key issues in premature menopause and beyond: Menopause and sexuality. Ann N Y Acad Sci [Internet]. 2010;1205(1):254–61. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1111/j.1749-6632.2010.05680.x

Jimbo-Yepez LA, Carrasco-Guaman MR, Jimbo-Mendoza JC. Manifestaciones clínicas, psicológicas y de la sexualidad en un grupo de mujeres en el climaterio y la menopausia. P del C [Internet]. 2017;2(1):162. Disponible en: http://dx.doi.org/10.23857/pc.v2i1.326

Vázquez-González AM, Escobar-Medrano PM, Valverde-LLadós N. La sexualidad en el climaterio. SANUM. 2020; 4(3): 60-69

Resumen: La sexualidad es parte esencial de una vida sana. Durante el climaterio esta parte se puede ver afectada por distintos factores, uno de los acontecimientos más relevantes es la menopausia. La búsqueda bibliografía realizada nos muestra que entre un 20-30% de las mujeres en general sufren disfunción sexual destacando la importancia de un abordaje en todas sus esferas. Los factores sociales y culturales son parte fundamental para el abordaje de la sexualidad en el climaterio y para evitar la desnaturalización de un proceso fisiológico como es la menopausia y el climaterio.

Palabras Clave: Menopausia, climaterio y sexualidad.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La sexualidad es parte esencial de una vida sana, pudiendo contribuir significativamente al bienestar físico, psicológico y social de las mujeres en el climaterio y, por lo tanto, a su calidad de vida. El período climatérico es una etapa en la vida de una mujer que representa una transición de la vida reproductiva a la no reproductiva. Durante este período el evento más notable, desde el punto de vista biológico, es la menopausia o cese de la menstruación. La edad de aparición de la menopausia se ubica entre los 45 y 55 años y se refiere al cese permanente de las menstruaciones por doce meses consecutivos, es consecuencia de la perdida de la función folicular ovárica. Por el contrario, el climaterio consiste en las manifestaciones endocrinas, biológicas y clínicas que se presentan antes y después de la menopausia.

La función sexual puede cambiar y esto varía mucho de una mujer a otra, los factores psicosociales y culturales tienen una importancia considerable en la percepción por parte de las mujeres durante este período, ya que las personas son fruto de una cultura.

Uno de los aspectos que se ve principalmente afectado en las mujeres con menopausia es el ámbito de la sexualidad, con una prevalencia entre el 40 y el 80%. A mediados del siglo XX se relaciona la menopausia con la salud de la mujer. Desde este momento hasta la actualidad, se han venido realizando estudios que asociaban la menopausia exclusivamente a cambios físicos relacionados con la disminución de estrógenos (disminución del deseo sexual, de la capacidad para conseguir el orgasmo y de la frecuencia del coito, así como dispareunia, disminución de contractilidad vaginal y de la lubricación) medicalizándose esta etapa con la terapia de reemplazo hormonal. El aumento de esperanza de vida y, por consiguiente, el aumento del número de mujeres en esta etapa ha hecho más necesario que las mujeres busquen ayuda en esta etapa para ser tratadas.

Objetivo:

Conocer la sexualidad en la mujer durante el climaterio.

Material y Método:

Se realiza una búsqueda bibliográfica para la obtención de datos de interés en la base de datos pubmed y en el buscador Google académico con un límite temporal de 10 años. Para la búsqueda su utilizan como descriptores menopausia, climaterio y sexualidad tanto en español como en inglés. Como operador booleano se utiliza “AND”.

Resultados:

Diversos estudios relacionados con la función sexual en mujeres en etapa de climaterio encontraron que a nivel mundial se registra una prevalencia de disfunción sexual que oscila entre 20% y 30% de las mujeres en general.

La menopausia representa un factor de riesgo significativo para el desarrollo o la acentuación de los problemas relacionados con la sexualidad. Un número importante de mujeres manifiesta durante el climaterio una disfunción sexual femenina, la cual aumenta con la edad, es progresiva y altamente frecuente. Entre estas se destacan las alteraciones en el deseo/interés sexual, en la excitación sexual y en el orgasmo, además de la dispareunia y el vaginismo.

La disminución de estrógenos y andrógenos durante la menopausia natural o quirúrgica, puede ser la responsable de alterar la función sexual; sin embargo, se sabe que existen una serie de factores que también pueden afectar la función sexual, como son: el abandono de las relaciones sexuales, la edad, los problemas físicos o mentales, la salud deteriorada o la pérdida de la pareja y el empleo de algún medicamento que afecte la sexualidad.

En diferentes artículos encontrados se resalta los aspectos socioculturales relacionados con la sexualidad en el climaterio y la desnaturalización que se ha realizado de la menopausia. En las últimas décadas se ha pasado a una medicalización de este periodo fisiológico en la vida de las mujeres, sin abordar los aspectos sociales y culturales.

Conclusiones:

Uno de los aspectos que se ven fundamentalmente afectados durante el climaterio es la sexualidad. El climaterio es una etapa de la vida de la mujer donde debe contemplarse la sexualidad como parte esencial de una vida sana.

La sexualidad en el climaterio y la menopausia no solo se ve alterada por los cambios físicos y biológicos que se producen durante este periodo, sino que está influenciada por el contexto social y cultural que cada mujer viva en ese momento.

El autocuidado de la mujer durante este proceso es fundamental para favorecer una sexualidad sana desde todas sus esferas: biológica, social y cultural.

Bibliografía

1.- Graziottin A. Menopause and sexuality: key issues in premature menopause and beyond: Menopause and sexuality. Ann N Y Acad Sci [Internet]. 2010;1205(1):254–61. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1111/j.1749-6632.2010.05680.x

2.- Jimbo-Yepez LA, Carrasco-Guaman MR, Jimbo-Mendoza JC. Manifestaciones clínicas, psicológicas y de la sexualidad en un grupo de mujeres en el climaterio y la menopausia. P del C [Internet]. 2017;2(1):162. Disponible en: http://dx.doi.org/10.23857/pc.v2i1.326

3.- Vázquez-González AM, Escobar-Medrano PM, Valverde-LLadós N. La sexualidad en el climaterio. SANUM. 2020; 4(3): 60-69.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 179

Síndrome de Burnout en Atención Hospitalaria versus Atención Primaria.

Gil Gaspar, María
Escudero Tutor, Laura
Martínez Casado, Mª Ángeles
Aceña Martínez, Silvia
Pereira Cruz, Leticia Mª
Madrigal Bercedo, Mª Isabel

SINDROME DE BURNOUT EN ATENCIÓN HOSPITALARÍA VERSUS ATENCIÓN PRIMARÍA

AUTORES: Gil Gaspar, María; Escudero Tutor, Laura; Martínez Casado, Mª Ángeles; Aceña Martínez, Silvia; Pereira Cruz, Leticia; Madrigal Bercedo, Mª Isabel.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Burnout o "Síndrome del trabajador quemado" es definido por la OMS como el estado de agotamiento físico, mental y emocional grave, ante el que la persona se derrumba debido al estrés y el cansancio psíquico, fruto de la interacción social y rutina laboral.



El principal índice de medida del síndrome de Burnout es el Maslach Burnout Inventory que rastrea su incidencia atendiendo a tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización e ineficacia.

Los profesionales de la salud constituyen uno de los mayores grupos de riesgo de desarrollar Síndrome de Burnout, con una mayor prevalencia en enfermeras debido a la importante carga emocional y el ambiente de trabajo estresante que conlleva el trato directo con pacientes enfermos y con la muerte.



Imagen creada por DALL-E



Imagen creada por DALL-E

OBJETIVOS

- Analizar si hay una mayor prevalencia en el Síndrome de Burnout en hospitales que en centros de Atención primaria.
- Revisar las causas y consecuencias del síndrome de Burnout en el personal sanitario de enfermería.
- Encontrar medidas necesarias para disminuir el Síndrome de Burnout en el colectivo de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una búsqueda de artículos en la base de datos Pubmed, aplicando el filtro de fecha de publicación a los 5 últimos años.

Se han encontrado 32 artículos, seleccionando los cinco que mejor responden a la pregunta y llevando a cabo una estrategia de búsqueda con lenguaje controlado, utilizando descriptores MeSH, en combinación con el operador booleano AND.

PALABRAS CLAVE

- Agotamiento psicológico
- Enfermería Primaria
- Atención Hospitalaria

RESULTADOS

Las enfermeras que desarrollan su profesión en un entorno hospitalario tienen más del doble de posibilidades de identificar el agotamiento como primera causa para abandonar su trabajo, en comparación con las de otros ámbitos.

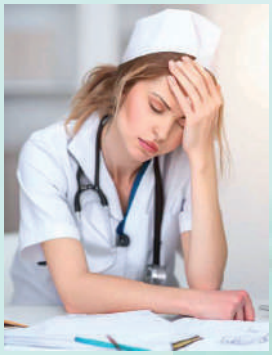


Imagen creada por DALL-E

Las investigaciones ponen de manifiesto la relación directa entre el trabajo a turnos y la privación del sueño con altos índices de agotamiento entre los profesionales.

Los factores que intervienen con más fuerza en su aparición son un ambiente de trabajo estresante, la dotación de personal inadecuada, un mayor número de horas semanales trabajadas y la falta de un adecuado liderazgo del colectivo de enfermería.

Es fundamental establecer políticas y legislaciones que apoyen proporciones adecuadas de personal como factor clave para reducir el agotamiento entre los profesionales, lo que mejoraría la atención y disminuiría costes en salud.

Los estudios respaldan la necesidad de que existan mecanismos de apoyo en los servicios de salud para que exista una adecuada prevención, detección temprana y manejo eficaz de los efectos psicológicos adversos que se pueden presentar.

CONCLUSIONES



Existen razones suficientes para afirmar que existe una mayor prevalencia del síndrome de Burnout entre los profesionales de enfermería en Atención hospitalaria en comparación con los que trabajan en otros ámbitos

Los factores que toman más fuerza en la aparición del agotamiento entre los profesionales son la dotación inadecuada de personal, el trabajo a turnos sumado a la nocturnidad y el trato directo que tienen las enfermeras con la enfermedad y la muerte.

De todos los estudios se puede deducir que el síndrome de Burnout es una realidad cada más presente y debemos apostar por la adecuada dotación de recursos humanos para evitar el agotamiento de los profesionales, lo que, aunque pueda parecer contrario reduciría costes y lo más importante garantizaría la seguridad de los pacientes.

Resumen: El Síndrome de Burnout se define como el estado de agotamiento físico, mental y emocional grave por el que la persona se derrumba debido al estrés y el agotamiento, fruto de la rutina laboral y la interacción social. Los profesionales de la salud y muy en particular las enfermeras constituyen uno de los mayores grupos de riesgo de desarrollar este Síndrome. El trabajo a turnos, la privación de sueño y la falta de personal se establecen como principales factores asociados a su aparición, características muy relacionadas con el trabajo en el ámbito hospitalario.

Palabras Clave: Agotamiento psicológico, Enfermería Primaria, Atención Hospitalaria

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Los profesionales de la salud constituyen uno de los mayores grupos de riesgo de desarrollar Síndrome de Burnout, con una mayor prevalencia en enfermeras debido a la importante carga emocional y el ambiente de trabajo estresante que conlleva el trato directo con pacientes enfermos y con la muerte. (1) Las enfermeras constituyen el mayor segmento de profesionales dentro de la atención sanitaria, con funciones directas como la promoción de la salud, prevención de enfermedades y tratamiento directo de pacientes. En la misma medida que las cargas de trabajo de los servicios de salud han aumentado, también lo han hecho las exigencias a este colectivo. La desproporción entre el aumento de cargas y el incremento de personal está ocasionando que el agotamiento de los profesionales no deje de crecer. (2)

El Síndrome de Burnout o "Síndrome del trabajador quemado" es definido por la OMS como el estado de agotamiento físico, mental y emocional grave, ante el que la persona se derrumba debido al estrés y el cansancio psíquico, fruto de la interacción social y rutina laboral. El principal índice de medida del síndrome de Burnout es el Maslach Burnout Inventory que rastrea su incidencia atendiendo a tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización e ineficacia. El agotamiento emocional se relaciona con altos y constantes niveles de exigencia en el trabajo. La despersonalización nos desprende e insensibiliza de nuestro trabajo, lo que contribuye a la destrucción de sentimientos con un impacto negativo en la eficacia y calidad de los servicios prestados a los pacientes. La ineficacia impacta directamente con la sensación y consecución de logros en el trabajo, afectando negativamente a la seguridad de los pacientes. (3)

La pandemia de COVID-19 ha aumentado consideradamente el agotamiento entre los profesionales, poniendo en evidencia aún más las deficiencias del sistema sanitario. (4)

Objetivo:

• Analizar si hay una mayor prevalencia en el Síndrome de Burnout en hospitales que en centros de Atención primaria.

• Revisar las causas y consecuencias del síndrome de Burnout en el personal sanitario de enfermería.

• Encontrar medidas necesarias para disminuir el Síndrome de Burnout en el colectivo de enfermería.

Material y Método:

Se ha realizado una búsqueda de artículos en la base de datos Pubmed, aplicando el filtro de fecha de publicación y limitando la búsqueda a los 5 últimos años.

Se han encontrado 32 artículos, seleccionando los cinco que mejor responden a la pregunta y llevando a cabo una estrategia de búsqueda con lenguaje controlado, utilizando descriptores MeSH, en combinación con el operador booleano AND. (prevalence) AND (Burnout, psychological) AND (Primary care nursing) AND (Hospital care).

Resultados:

El síndrome de Burnout constituye una importante razón dentro de las causas que contribuyen a la decisión de los profesionales de enfermería para abandonar su trabajo. Los factores que intervienen con más fuerza en su aparición son un ambiente de trabajo estresante, la dotación de personal inadecuada y la falta de una adecuada gestión o liderazgo del colectivo de enfermería. De igual modo, el número de horas semanales trabajadas interviene de manera directa en el agotamiento de los profesionales. (2)

Diferentes estudios confirman que, debido a sus características, las enfermeras que desarrollan su profesión en un entorno hospitalario tienen más del doble de posibilidades de identificar el agotamiento como primera causa para abandonar su trabajo, en comparación con las que trabajan en otros ámbitos. (2)

Las investigaciones ponen de manifiesto la relación directa entre el trabajo a turnos y la privación del sueño con altos índices de agotamiento entre los profesionales. (1)

Todos los estudios coinciden en la importancia de establecer políticas y legislaciones que apoyen proporciones adecuadas de personal como factor clave para reducir el agotamiento entre los profesionales. La adecuación de los recursos humanos disminuiría el agotamiento entre las enfermeras, mejorando la atención y disminuyendo los costes en salud. (3)

Los estudios respaldan la necesidad de que existan mecanismos de apoyo en los servicios de salud para que exista una adecuada prevención, detección temprana y manejo eficaz de los efectos psicológicos adversos que se pueden presentar entre los profesionales de la salud. (5)

Amplios estudios internacionales han demostrado que los trabajadores sanitarios han experimentado altos niveles de estrés, ansiedad y agotamiento durante la pandemia de COVID-19 y poco se conoce aún sobre el impacto en la salud mental a medio largo plazo de estos profesionales. (5)

Conclusiones:

Tras realizar una lectura crítica de los artículos anteriores y revisar la bibliografía existente, podemos deducir que existen razones suficientes para afirmar que existe una mayor prevalencia del síndrome de Burnout entre los profesionales de enfermería en Atención hospitalaria en comparación con los que trabajan en otros ámbitos.

Los factores que toman más fuerza en la aparición del agotamiento entre los profesionales son la dotación inadecuada de personal, el trabajo a turnos sumado a la nocturnidad y el trato directo que tienen las enfermeras con la enfermedad y la muerte.

De todos los estudios se puede deducir que el síndrome de Burnout es una realidad cada más presente y debemos apostar por la adecuada dotación de recursos humanos para evitar el agotamiento

de los profesionales, lo que, aunque pueda parecer contrario reduciría costes y lo más importante garantizaría la seguridad de los pacientes.

Bibliografía

1.- Borges EMDN, Queirós CML, Abreu MDSN, Mosteiro-Diaz MP, Baldonedo-Mosteiro M, Baptista PCP, Felli VEA, Almeida MCDS, Silva SM. Burnout among nurses: a multicentric comparative study. Rev Lat Am Enfermagem. 2021 Jun 28;29:e3432.

2.- Shah MK, Gandrakota N, Cimiotti JP, Ghose N, Moore M, Ali MK. Prevalence of and Factors Associated With Nurse Burnout in the US. JAMA Netw Open. 2021 Feb 1;4(2):e2036469.

3.- Teo I, Chay J, Cheung YB, Sung SC, Tewani KG, Yeo LF, Yang GM, Pan FT, Ng JY, Abu Bakar Aloweni F, Ang HG, Ayre TC, Chai-Lim C, Chen RC, Heng AL, Nadarajan GD, Ong MEH, See B, Soh CR, Tan BKK, Tan BS, Tay KXK, Wijaya L, Tan HK. Healthcare worker stress, anxiety and burnout during the COVID-19 pandemic in Singapore: A 6-month multi-centre prospective study. PLoS One. 2021 Oct 22;16(10):e0258866.

4.- Bakhamis L, Paul DP 3rd, Smith H, Coustasse A. Still an Epidemic: The Burnout Syndrome in Hospital Registered Nurses. Health Care Manag (Frederick). 2019 Jan/Mar;38(1):3-10.

5.- Tham R, Pascoe A, Willis K, Kay M, Smallwood N. Differences in psychosocial distress among rural and metropolitan health care workers during the COVID-19 pandemic. Aust J Rural Health. 2022 Oct;30(5):683-696.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 180

Sindrome de Sudeck (DSR)

Morote Cumplido, Elena
Almena Franco, Ana Isabel
Novalbos Gomez, M Pilar

SINDROME DE SUDECK (DSR)

SATSE Sindicato de Enfermería

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Sudeck es una alteración neurovegetativa. También conocido como distrofia simpático refleja (DSR), es un trastorno neurológico que se produce por una reacción errónea del organismo frente a traumatismos, cirugías, fracturas, inmovilizaciones, etc.

Es más frecuente en mujeres, en una proporción 2-3:1, con un pico máximo de afectación entre la quinta y la séptima década de vida.





OBJETIVOS

Lograr una recuperación sin dolor, con menos efectos adversos y sin necesidad de hospitalización

Disminuir la estancia hospitalaria y reducir costes

Conocer que es la enfermedad, cuales son sus causas, a quien y como afecta la enfermedad

MATERIAL Y MÉTODO

Para la realización de la revisión sistematica, se llevaron a cabo una serie de búsquedas bibliográficas y selección de artículos de interés, que posteriormente fueron revisados mediante una lectura crítica sistemática para dar respuesta a los objetivos planteados.

Se utilizan buscadores como PubMed, Biblioteca Virtual Biomédica de SciELO, Elsevier, en la base de datosde CUIDEN, en Google Académico y diversos libros específicos. Teniendo disponible toda la información que vamos utilizar comienzo la selección de criterios de cada uno de ellos, incluyendo los artículos de más interés y excluyendo los menos importantes o por consiguiente obsoletos.

RESULTADOS

Para prevenir la aparición de Sudeck debe promoverse la reducción, movilización y fisioterapia precoz en caso de fractura, e iniciar un tratamiento farmacológico de forma precoz si se sospecha esta enfermedad

CONCLUSIONES

Se ha demostrado que el DSR se trata con un enfoque interdisciplinar. Rehabilitacion, fisioterapia y la inclusión en la unidad de dolor mejoran considerablemente la calidad de vida de estos pacientes

BIBLIOGRAFÍA:

Bovaira M, García C, Calvo A, Desé J, Tortosa G, Bayarri V, et all. Actualizaciones en el abordaje terapéutico en el síndrome de dolor regional complejo. Rev Soc Esp Dolor 2022; 29(1): 34-50 / DOI: 1020986/resed20223978/2022

ARRABAL, Inmaculada Sanz. Síndrome de dolor regional complejo (SDRC) o enfermedad de Südeck. *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*, 2016, vol. 8, no 3.

Raja SN, Grabow TS. Complex regional pain syndrome I (reflex sympathetic dystrophy). Anesthesiology. 2002;96:1254–60.

Morote Cumplido, Elena Almena Franco, Ana Isabel Novalbos Gómez, M Pilar

Resumen: Síndrome de Sudeck o distrofia simpatico-refleja, es una patología muy poco frecuente pero que puede tener consecuencias muy severas pues es una alteración neurovegetativa que tiene lugar por una reacción errónea de nuestro organismo a partir de una fractura, una cirugía, un traumatismo o una inmovilización.

El síndrome de Sudeck es una alteración neurovegetativa relativamente fácil de diagnosticar, la zona puede presentar edema y en ocasiones cianótica, dolor descontrolado o dolor en reposo, cambios de temperatura de la piel, descamación, rigidez articular y en Rx se puede apreciar descalcificación del hueso.

Una distrofia de Sudeck puede desencadenarse por:

• Una lesión

• Situaciones de estrés.

• La inmovilización durante mucho tiempo

• Rehabilitaciones dolorosas

• Lesiones repetidas en la misma zona.

• Alteraciones metabólicas.

Para su tratamiento es muy importante el manejo del dolor. Fisioterapia, osteopatía y la psiconeuroinmunologia (PNI) puede ayudar a conseguir objetivos en el control del dolor.

Palabras clave: Distrofia simpático refleja, diagnóstico precoz, dolor.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El síndrome de Sudeck es conocido como distrofia simpático refleja (DSR). Es una dolencia multisintomática y multisistémica que suele afectar a una o más extremidades, pero pudiera afectar a cualquier parte del cuerpo. Los traumatismos son la causa precipitante más común (50%), teniendo en cuenta que en un 25% de los casos es de etiología desconocida.

Es crucial diagnosticar esta enfermedad en su etapa temprana, ya que puede extenderse a todas las extremidades, haciendo la rehabilitación mucho más difícil.

El dolor caracteriza por ser de una intensidad desproporcionada a la magnitud del daño. Hay cambios en la piel, hinchazón, trastornos del movimiento y cambios óseos.

Por razones que se desconocen es más frecuente en mujeres.

Al no existir una prueba específica para diagnosticar el síndrome de Sudeck, la función más importante de las pruebas es la de descartar otros trastornos, diagnosticándolo fundamentalmente a través de la observación de signos y síntomas.

La piedra angular del tratamiento del síndrome de Sudeck es hacer que el paciente use la extremidad afectada.

Medicamentos, bloqueos nerviosos, terapia física, TENS, etc. son utilizados como ayuda para aliviar el dolor producido por el movimiento de la región afectada.

Siempre se debe comenzar con la terapia más simple, si no hay mejoría con la movilización de la extremidad afectada.

Se usan diferentes fármacos para calmar el dolor dependienfo el tipo de intensidad. Desde tramadol, codeína y morfina para los dolores , agudos hasta antidepresidos para la depresión y trastornos del sueño.

Objetivo:

- Lograr una recuperación sin dolor, con menos efectos adversos y sin necesidad de hospitalización
- Disminuir la estancia hospitalaria y reducir costes
- Conocer que es la enfermedad, cuáles son sus causas, a quien y como afecta la enfermedad

Material y Método:

Para la realización de la revisión sistematica, se llevaron a cabo una serie de búsquedas bibliográficas y selección de artículos de interés, que posteriormente fueron revisados mediante una lectura crítica sistemática para dar respuesta a los objetivos planteados.

Se utilizan buscadores como PubMed, Biblioteca Virtual Biomédica de SciELO, Elsevier, en la base de datosde CUIDEN, en Google Académico y diversos libros específicos. Teniendo disponible toda la información que vamos utilizar comienzo la selección de criterios de cada uno de ellos, incluyendo los artículos de más interés y excluyendo los menos importantes o por consiguiente obsoletos

Resultados y Conclusiones:

Para prevenir la aparición de Sudeck debe promoverse la reducción, movilización y fisioterapia precoz en caso de fractura, e iniciar un tratamiento farmacológico de forma precoz si se sospecha esta enfermedad

Bibliografía

1.- Bovaira M, García C, Calvo A, Desé J, Tortosa G, Bayarri V, et all. Actualizaciones en el abordaje terapéutico en el síndrome de dolor regional complejo. Rev Soc Esp Dolor 2022; 29(1): 34-50 / DOI: 1020986/resed20223978/2022

2.- ARRABAL, Inmaculada Sanz. Síndrome de dolor regional complejo (SDRC) o enfermedad de Südeck. REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología), 2016, vol. 8, no 3.

3.- Raja SN, Grabow TS. Complex regional pain syndrome I (reflex sympathetic dystrophy). Anesthesiology. 2002;96:1254–60.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 181

Síndrome de Transfusión Feto–Fetal

Vidal Arenas, Mónica
Camacho Rodríguez, Irene
Zarco González, Carmen María

SÍNDROME DE TRANSFUSIÓN FETO-FETAL:

Autoras: Vidal Arenas, M. Camacho Rodríguez, I. Zarco González CM.

XIV Congreso de Investigación Enfermería y Fisioterapia

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de transfusión feto-fetal (STFF) es una complicación que se presenta en un 10-15% de las gestaciones gemelares monocoriales (gestaciones gemelares que presentan una sola placenta).

Consiste en una descompensación en el volumen sanguíneo placentario, donde el feto donante recibe menos cantidad de sangre con respecto al receptor, generando así una situación de hipovolemia, disminución del gasto cardiaco, restricción del crecimiento intrauterino, oliguria y oligohidramnios en comparación con el feto receptor que tiene un volumen circulatorio mayor, con una hipervolemia, sobrecarga cardiaca, poliuria y polihidramnios.

Esta situación puede generar graves complicaciones tanto a nivel materno como a nivel fetal; de ahí la importancia de establecer un diagnóstico y tratamiento precoz.

OBJETIVOS:

- Conocer la evolución y el pronóstico del STFF en embarazos gemelares monocoriales
- Resaltar la importancia de un diagnóstico precoz para abordar eficientemente la patología
- Clarificar las pautas principales para el manejo del STFF

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se ha realizado una revisión Bibliográfica

Periodo de búsqueda: 2015-2022, preferencia artículos en inglés y en castellano

Base de datos empleada:

Pubmed, Cochrane, Google Scholar, Elsevier, Scielo

RESULTADOS:

Tras realizar la búsqueda en las bases de datos mencionadas, con las palabras claves establecidas y los operadores booleanos “AND” y “OR”, 12 artículos han sido consultados y analizados con la herramienta de lectura crítica CASPE. Tras ello, 5 artículos han sido seleccionados, dando preferencia a los objetivos marcados.

CONCLUSIÓN:

El STFF Tiene una alta morbilidad perinatal (40-80% de discapacidad neurológica) y mortalidad fetal (100% antes de las 20 semanas gestacionales y 80% entre las 21 y 26 semanas gestacionales) si no se trata a tiempo.

La incidencia es más baja en embarazos gemelares monocoriales monoamnióticos (aquellas gestaciones que solo tienen un saco amniótico) en comparación con los biamnióticos (presencia de dos sacos amnióticos). Esto se debe principalmente a la presencia de anastomosis funcionales protectoras en la placenta que se encargan de compensar la circulación.

La evolución natural de este síndrome es la ruptura prematura de membranas y una extrema prematurez (por la situación de polihidramanios). Otro riesgo es la muerte de uno de los fetos, que provoca un cambio de presiones de ambas circulaciones y la posible exanguinación del feto vivo.

Las últimas investigaciones resaltan la importancia de la evaluación ultrasonográfica en embarazos gemelares monocoriales para evaluar el crecimiento y la aparición de signos sugerentes de STFF.

Concluimos, afirmando que hoy en día, gracias a los avances de nuevas técnicas terapéuticas y controles exhaustivos que se practican de forma reiterada, podemos mejorar la evolución y pronóstico del STFF en embarazos gemelares monocoriales.

Resumen: El síndrome de transfusión feto-fetal (STFF) es una complicación que se presenta en un 10-15% de las gestaciones gemelares monocoriales (gestaciones gemelares que presentan una sola placenta). Consiste en una descompensación en el volumen sanguíneo placentario, donde el feto donante recibe menos cantidad de sangre con respecto al receptor, generando así una situación de hipovolemia, disminución del gasto cardiaco, restricción del crecimiento intrauterino, oliguria y oligohidramnios en comparación con el feto receptor que tiene un volumen circulatorio mayor, con una hipervolemia, sobrecarga cardiaca, poliuria y polihidramnios.

Esta situación puede generar graves complicaciones tanto a nivel materno como a nivel fetal; de ahí la importancia de establecer un diagnóstico y tratamiento precoz.

Palabras clave: "Twin pregnancy", "Twin research", "Complicaciones del embarazo"

Desarrollo del Trabajo:

Objetivos:

A. Conocer la evolución y pronóstico del STFF en embarazos gemelares monocoriales.

B. Resaltar la importancia de un diagnóstico precoz para abordar eficientemente la patología

C. Clarificar las pautas principales para el manejo del STFF

Material y Métodos:

Se ha realizado una revisión bibliográfica. Periodo de búsqueda 2015-2022. Se ha dado preferencia a los artículos publicados en castellano y en inglés, en las siguientes bases de datos: Pubmed, Cochrane, Google Scholar, Elsevier, Scielo.

Resultados:

Tras realizar la búsqueda en las bases de datos mencionadas, con las palabras claves establecidas y los operadores booleanos "AND" y "OR", 12 artículos han sido consultados y analizados con la herramienta de lectura crítica CASPE. Tras ello, 5 artículos han sido seleccionados, dando preferencia a los objetivos marcados.

Conclusión:

El STFF Tiene una alta morbilidad perinatal y mortalidad fetal (100% antes de las 20 semanas y 80% entre las 21 y 26 semanas) si no se trata.

La incidencia es más baja en embarazos gemelares monocoriales monoamnióticos (aquellas gestaciones que solo tienen un saco amniótico) en comparación con los biamnióticos (dos sacos amnióticos). Esto se debe principalmente a la presencia de anastomosis funcionales protectoras en la placenta que se encargan de compensar la circulación.

La evolución natural de este síndrome es la ruptura prematura de membranas y una extrema prematurez (por la situación de polihidramanios). Otro riesgo es la muerte de uno de los fetos, que provoca un cambio de presiones de ambas circulaciones y la posible exanguinación del feto vivo.

Las últimas investigaciones resaltan la importancia de la evaluación ultrasonográfica en embarazos gemelares monocoriales para evaluar el crecimiento y la aparición de signos sugerentes de STFF.

Concluimos, afirmando que hoy en día, gracias a los avances de nuevas técnicas terapeúticas y controles exhautivos que se practican de forma reiterada, podemos mejorar la evolución y pronóstico del STFF en embarazos gemelares monocoriales.

Bibliografía

1.- Monge Von Herold, C. (2018) Síndrome de tranfusión feto-fetal. Revista médica Sinergia. 3(3) 13-16.

2.- Navarro Bernal, FJ. Barrosos Casamitjana, A. Peralta Dominguez, AM. (2015). Cuidados de la matrona en el parto gemelar; a propósito de un caso. Revista científica: Hygia de Enfermería. 89, 5-9.

3.- Shub, A. Walker, SP. (2015). Planned early delivery versus expectant management for monoamniotic twins. The Cochrane Database os systematic Reviews, 4(4), 1-13.

4.- Santos Bolívar, J. Reyna Villasmil, E. Torres Cepeda, D. (2016). Utilidad del ultrasonido en embarazos gemelares, 19(2), 117-130.

5.- Cheong-See, F. Schuit, E. Arroyo Manzano, D. Global obstetrics Network Collaboration, A.G.O.N (2016). Prospective risk of stillbirth and neonatal complications in twin pregnancies: systematic review and meta-analysis. BMJ, 354 (5) 1-2.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 182

Síndrome del niño azul. ¿Qué lleva el puré?

Madueño Moreno, Silvia
Madueño Moreno, José Luis

Síndrome del niño azul. ¿Que lleva el puré?

Silvia Madueño Moreno y Jose Luis Madueño Moreno

INTRODUCCIÓN

La metahemoglobinemia causa cianosis en pacientes pediátricos. También llamada síndrome del niño azul, se produce cuando el grado de oxidación del hierro contenido en el grupo hemo supera los mecanismos compensadores de los hematíes, y pasa al estado férrico que es incapaz de transportar oxígeno y dióxido de carbono, lo que podría llegar a causar la muerte.

Hay dos tipos de metahemoglobinemia, congénita y adquirida.

OBJETIVOS:

Describir la metahemoglobinemia adquirida.

Conocer los inconvenientes de las verduras de hoja verde al iniciar la alimentación complementaria de los bebes

MATERIA Y MÉTODO

Se ha llevado a cabo una búsqueda de estudios tanto en pubmed como en Google académico. Las palabras clave: nitratos, bebe, cianosis y metahemoglobinemia.

INTRODUCCIÓN

El síndrome del niño azul o metahemoglobinemia infantil se define como la presencia en sangre de un elevado porcentaje de metahemoglobina (> 15% de la hemoglobina total). La metahemoglobina es una variante de la hemoglobina que se ha oxidado, cambiando su configuración de hierro hemo del estado ferroso (Fe 2+) al férrico (Fe 3+). A diferencia de la hemoglobina normal, la metahemoglobina no se une al oxígeno y disminuye la capacidad de liberar oxígeno a los tejidos. Normalmente el nivel de hematohemoglobina está estacionado en torno al 1% de la hemoglobina total, gracias a la acción de la encima Cyb5R

Metahemoglobinemia adquirida:

La forma adquirida aparece tras la ingesta de determinados alimentos y medicamentos que favorecen la producción de metahemoglobina.

Alimentos que tienen alto contenido en nitratos. Estos se encuentran en elevada cantidad en algunas verduras y en aguas contaminadas.

A los elevados niveles de nitritos de estos alimentos hay que añadir aquellos que se aportan en función de la forma de preparación y conservación. El nivel de nitratos se eleva según aumenta el tiempo entre la preparación y el consumo, así como si la conservación a temperatura ambiente. Esto tiene especial importancia en nuestro país ya que la mayoría de los purés son preparados en casa.

Hortaliza	Nivel medio de nitratos (mg/kg)
Borraja	3698
Cardo	2811
Remolacha	1379
Lechuga	1324
Apio	1103
Espinaca	1066
Calabaza	894
Lechuga iceberg	875
Nabo	663
Calabacín	416
Puerro	345
Judía verde	323
Zanahoria	296
Pepino	185
Patata	168
Cebolla	164
Pimiento	108
Tomate	43
Guisantes	30

Vegetales con mayor cantidad de nitratos .Fuente: Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición

CLINICA:

El principal signo clínico es la cianosis rápida y progresiva, a veces con distribución en placas, más visible en mucosas, cara y extremidades y que se acentúa con el llanto. En ocasiones presenta repercusión hemodinámica con taquicardia y polipnea. Los pacientes más graves pueden presentar acidosis metabólica, arritmias cardíacas, y sintomatología neurológica como disminución del nivel de conciencia, coma y convulsiones generalizadas.

TRATAMIENTO:

-Dejar de administrar el alimento o sustancia. En la mayoría de los casos con esto es suficiente.

-Oxigenoterápia

-Antidotos: azul de metileno (actúa en 10 – 60 minutos) y ácido ascórbico (actúa en 24h)

RESULTADOS

Los lactantes sanos menores de 4-6 meses tienen mayor predisposición de padecer metahemoglobinemia debido a varios factores como son: mayor inmadurez en el sistema Cyb5R, mayor susceptibilidad de la hemoglobina fetal a ser oxidada y un pH gástrico elevado que promueve el sobrecrecimiento bacteriano con mayor transformación intestinal de nitratos en nitritos, que son tóxicos. Sin embargo, en el momento en el que los niveles enzimáticos son similares al adulto, prácticamente ya no hay metahemoglobinemia fetal.

CONCLUSIONES

La metahemoglobinemia relacionada con la ingesta de alimentos de hoja verde es fácil de evitaR, basta con no preparar purés con los alimentos que más proporción de nitratos aporta y por supuesto su correcta conservación.

En España, tras los estudios consultados, los casos que se han dado están relacionados con espinacas, borraja y acelgas. En estos casos, el hecho de que dejaran los purés hechos en casa a temperatura ambiente durante varias horas aumentó la cantidad de nitritos en los purés y exacerbaron los síntomas de los bebés tras la ingesta de las comidas.

Los síntomas remitieron, en la mayoría de los casos, simplemente con la administración de oxigenoterapia y solo en uno de los casos fue precisa la administración de antídoto, que en este caso fue el azul de metileno.

Resumen: La metahemoglobinemia causa cianosis en pacientes pediátricos. También llamada síndrome del niño azul, se produce cuando el grado de oxidación del hierro contenido en el grupo hemo supera los mecanismos compensadores de los hematíes, y pasa al estado férrico que es incapaz de transportar oxígeno y dióxido de carbono, lo que podría llegar a causar la muerte.

Hay dos tipos de metahemoglobinemia, congénita y adquirida.

Las fuentes más comunes de la exposición a nitratos son agua de pozo, que es mezclada con fórmulas infantiles y algunas especies vegetales (acelgas, espinacas y lechugas) con gran capacidad para acumular nitratos.

Palabras clave: Nitratos, Cianosis, Metahemoglobinemia

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El síndrome del niño azul o metahemoglobinemia infantil se define como la presencia en sangre de un elevado porcentaje de metahemoglobina (> 15% de la hemoglobina total). La metahemoglobina es una variante de la hemoglobina que se ha oxidado, cambiando su configuración de hierro hemo del estado ferroso (Fe 2+) al férrico (Fe 3+). A diferencia de la hemoglobina normal, la metahemoglobina no se une al oxígeno y disminuye la capacidad de liberar oxígeno a los tejidos. Normalmente el nivel de hematohemoglobina está estacionado en torno al 1% de la hemoglobina total, gracias a la acción de la encima Cyb5R (anteriormente llamada metahemoglobina reductasa)

Objetivos:

Describir la metahemoglobinemia adquirida.

Conocer los inconvenientes de las verduras de hoja verde al iniciar la alimentación complementaria de los bebes

Material y Método:

Se ha llevado a cabo una búsqueda de estudios tanto en pubmed como en Google académico.

Clasificación

Existen dos formas de metahemoglobinemia, congénita o adquirida.

Metahemoglobinemia congénita:

Hay dos formas de metahemoglobinemia hereditaria:

• El tipo 1 (también llamado deficiencia de reductasa en eritrocitos) ocurre cuando los glóbulos rojos carecen de la enzima. Es una enfermedad autosómica recesiva.

• El tipo 2 (también llamado deficiencia generalizada de reductasa o enfermedad de la hemoglobina M). Es causada por defectos en la proteína de la hemoglobina en sí. Es una enfermedad autosómica dominante

Metahemoglobinemia adquirida:

La forma adquirida aparece tras la ingesta de determinados alimentos y medicamentos que favorecen la producción de metahemoglobina.

En cuanto al caso que nos ocupa nos centraremos en la alimentación. Alimentos que tienen alto contenido en nitratos. Estos se encuentran en elevada cantidad en algunas verduras y en aguas contaminadas.

Nitritos en vegetales:

Hortaliza	Nivel medio de nitritos (mg/kg)
Borraja	3698
Cardo	2811
Remolacha	1379
Lechuga	1324
Apio	1103
Espinaca	1066
Calabaza	894
Lechuga Iceberg	875
Nabo	663
Calabacín	416
Puerro	345
Judía verde	323
Zanahoria	296
Pepino	185
Patata	168
Cebolla	164
Pimiento	108
Tomate	43
Guisantes	30

A los elevados niveles de nitritos de estos alimentos hay que añadir aquellos que se aportan en función de la forma de preparación y conservación. El nivel de nitratos se eleva según aumenta el tiempo entre la preparación y el consumo, así como la conservación a temperatura ambiente. Esto tiene especial importancia en nuestro país, ya que la mayoría de los purés son preparados en casa.

Clínica:

El principal signo clínico es la cianosis rápida y progresiva, a veces con distribución en placas,

más visible en mucosas, cara y extremidades y que se acentúa con el llanto. En ocasiones presenta repercusión hemodinámica con taquicardia y polipnea. Los pacientes más graves pueden presentar acidosis metabólica, arritmias cardíacas, y sintomatología neurológica como disminución del nivel de conciencia, coma y convulsiones generalizadas.

La cianosis es clínicamente visible cuando la concentración de metahemoglobina se sitúa entre el 8 y el 12 %, sintomática cuando supera el 10 %. Niveles por encima de 30-40% pueden ser amenazadores para la vida.

Determinada la causa que produce la metahemoglobinemia, dejar de administrar el alimento, o sustancia. En la mayoría de las ocasiones, solo con esta medida más oxigenoterapia suele ser suficiente para la recuperación del paciente. En otros casos se opta por la administración del antídoto. Se cuentan con dos medicamentos: el azul de metileno que suele ser el de primera elección (reduce la metahemoglobina entre 10 y 60 minutos tras su administración) y el ácido ascórbico (necesita unas 24 horas para actuar.

Resultados:

Los lactantes sanos menores de 4-6 meses tienen mayor predisposición de padecer metahemoglobinemia debido a varios factores como son: mayor inmadurez en el sistema Cyb5R, mayor susceptibilidad de la hemoglobina fetal a ser oxidada y un pH gástrico elevado que promueve el sobrecrecimiento bacteriano con mayor transformación intestinal de nitratos en nitritos, que son tóxicos. Sin embargo, en el momento en el que los niveles enzimáticos son similares al adulto, prácticamente ya no hay metahemoglobinemia fetal.

Conclusiones:

La metahemoglobinemia relacionada con la ingesta de alimentos de hoja verde es fácil de evitar, basta con no preparar purés con los alimentos que más cantidad de nitratos aporta y por supuesto su correcta conservación.

En España, tras los estudios consultados, los casos que se han dado están relacionados con espinacas, borraja y acelgas. En estos casos, el hecho de que dejaran los purés hechos en casa a temperatura ambiente durante varias horas aumentó la cantidad de nitritos en los purés y exacerbaron los síntomas de los bebés tras la ingesta de las comidas.

Los síntomas remitieron, en la mayoría de los casos, simplemente con la administración de oxigenoterapia y solo en uno de los casos fue precisa la administración de antídoto, que en este caso fué el azul de metileno.

Bibliografía

1.- Alonso Vega S, Gutiérrez Conde M.L, Canduela Martínez V, Hernández Herrero M, Tazón Varela M, Pérez Mier L. A. Metahemoglobinemia en una lactante por consumo de puré vegetal. Emergencias 2007;19:283-285.

2.- Basulto J, Manera M, Baladia E. Ingesta dietética de nitratos en bebes y niños españoles y riesgo de metahemoglobinemia. Rev Pediatr Aten Primaria. 2013;15:65-9

3.- Hernandez Hernandez J.L., Díaz de Bethencourt pardo R., Rodríguez González A., Cristina Romero A., Peña Quintana L., Lactante azul sin compromiso respiratorio. Canarias Pediátrica, ISSN 1131-6128, VOL 46, Nª. 1, 2022, págs. 66-70

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 183

Situación de la Salud Sexual durante la Pandemia por COVID–19

Segura Trujillo, Sara
Domínguez Domingo, Francisco Javier
Trujillo Trujillo, María Lourdes

SITUACIÓN DE LA SALUD SEXUAL DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19.

SARA SEGURA TRUJILLO; FRANCISCO JAVIER DOMÍNGUEZ DOMINGO; Mª LOURDES TRUJILLO TRUJILLO.

INTRODUCCIÓN:

Al no considerarse un asunto prioritario, la salud sexual ha sido uno de los grandes olvidados durante la pandemia por COVID-19. Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2020), la obligada respuesta de emergencia frente a la pandemia provocó la desviación de los recursos inicialmente destinados a la salud sexual para hacer frente al virus, produciendo mayor riesgo para la salud sexual de distintos grupos poblacionales, sobre todo en situación de especial vulnerabilidad, como mujeres y niñas, colectivos de personas LGBTIQA+, personas con discapacidad, migrantes y en situación de pobreza.



OBJETIVOS:

- Analizar la situación de la salud sexual durante la pandemia por COVID-19.
- Describir los efectos y consecuencias que han tenido lugar durante la pandemia sobre la salud sexual.



MATERIAL Y MÉTODO:

Se realizó una búsqueda bibliográfica de los artículos publicados en las siguientes bases de datos y buscadores: PubMed, Cochrane Plus, Web of Science, Dialnet, Cuidatge, ENFISPO y CUIDEN.

Palabras clave: salud sexual; sexualidad; COVID-19.

RESULTADOS:

Durante la pandemia por COVID-19 las relaciones de intimidad, el comportamiento sexual y las interacciones familiares y de pareja han sufrido importantes cambios, generando en ocasiones menor satisfacción sexual, reducción del entusiasmo y de la frecuencia en las relaciones sexuales.

Sin embargo, en otros casos, algunos estudios mostraron cómo el pasar las parejas más tiempo en casa juntas, sintieron menor soledad y estrés durante el confinamiento favoreciendo el resurgimiento de la intimidad durante el encierro. También se observó aumento del sexting, sobre todo en quienes vivían sin su pareja durante el confinamiento. Respecto a la masturbación, a pesar del creciente número de personas que dedican más tiempo a ella y de su incremento respecto al pre-confinamiento, la mayoría informaron de menor satisfacción que antes.

A pesar de las condiciones de aislamiento, las personas han buscado formas de adaptarse y conectarse mediante el acceso a internet ya que las circunstancias estresantes pueden aumentar la necesidad de establecer vínculos emocionales.

El Proyecto INSIDE, estudio español con 1.448 participantes de 18-60 años, analizó el comportamiento sexual durante los 99 días de confinamiento en España e informa que el confinamiento ha afectado a la vida sexual del 47,7% de la población española, especialmente a las mujeres.

Consecuencias y efectos de la pandemia:

- Satisfacción sexual:

- Ha sido la **dimensión más afectada** por la pandemia.
- En cuanto a las relaciones sexuales y afectivas habituales, se encontraron estados de irritabilidad, miedo, ansiedad y culpa por la posible disminución del deseo sexual y de la satisfacción personal, así como aumento de disfunciones sexuales.
- Durante el confinamiento, distintas webs dedicadas a la pornografía online abrieron libre acceso a sus contenidos, siendo España uno de los países en los que más aumentó el acceso a la pornografía.

-Las restricciones a la movilidad ocasionaron:

- Acceso a preservativos limitado, incrementando el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual o embarazos no deseados.
- Menor frecuencia de aparición del sexo casual.
- Aumento del estrés por la convivencia forzada y prolongada en el hogar.
- Reducción de interacciones interpersonales y exarcebación de las relaciones conflictivas ya existentes.
- Incremento de la violencia sexual, siendo mujeres y niñas las más afectadas.
- Aumento del estrés por la situación pandémica.
- Cierre de centros educativos dificultando el acceso a información sobre el cuidado de la salud y bienestar sexual junto a la ruptura de interacción y afectividad entre jóvenes.

-Organización sanitaria:

- Los servicios sanitarios pasaron a ofertarse **telemáticamente**, afectando más negativamente a las poblaciones vulnerables.
- Priorización del virus frente a detección y tratamiento de otras afecciones como el cáncer cérvico-uterino (4ª cáncer más común en mujeres) y VPH, poniendo en mayor riesgo a mujeres y niñas.
- Importante interrupción de los tratamientos no urgentes como el tratamiento hormonal en población transexual o reproducción asistida debido a aplazamientos y aumento de las listas de espera de problemas que no eran en aquellos momentos una amenaza directa para la salud.

CONCLUSIONES

El mundo virtual y sus aplicaciones han facilitado la conexión emocional y sexual, siendo un cauce de comunicación muy relevante para el afrontamiento de la pandemia y bienestar psicológico, sin embargo, no todos han podido disfrutar de ese acceso a internet.

Los efectos del confinamiento son similares en distintos países. En general se manifestaron cambios en el comportamiento sexual relacionados con la disminución del sexo casual, mayor uso de pornografía, aumento de sexting y cibersexo, y una ampliación en los rituales sexuales y eróticos en pareja como el uso de la tecnología.

Al tratarse de una situación mundial sin precedentes se hace necesaria más investigación sobre el tema que nos ayude a mejorar nuestra comprensión sobre el impacto de la pandemia en la salud y vivencia de la sexualidad de todas las personas.

Resumen: Estudios disponibles hasta el inicio de la pandemia correlacionaban la satisfacción sexual con una mejor salud mental; mayores niveles de intimidad, confianza y sentimiento de amor en las relaciones; alta capacidad para expresar emociones; y menor uso de mecanismos de defensa psicológicos facilitando unas relaciones interpersonales más íntimas y cercanas.

Sin embargo, la pandemia por COVID-19 junto a las medidas restrictivas de confinamiento y distanciamiento social han influido en muchos casos de manera negativa en los comportamientos sexuales, la vivencia de la sexualidad y la calidad de vida de las personas.

Palabras clave: Salud sexual, Sexualidad, COVID-19

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Al no considerarse un asunto prioritario, la salud sexual ha sido uno de los grandes olvidados durante la pandemia por COVID-19. Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2020), la obligada respuesta de emergencia frente a la pandemia generó la desviación de los recursos inicialmente destinados a la salud sexual para hacer frente al virus, produciendo mayor riesgo para la salud sexual de distintos grupos poblacionales, sobre todo en situación de especial vulnerabilidad, como mujeres y niñas, colectivos de personas LGBTIQA+, personas con discapacidad, migrantes y en situación de pobreza.

Objetivos:

-Analizar la situación de la salud sexual durante la pandemia por covid-19.

-Describir los efectos y consecuencias que han tenido lugar durante la pandemia sobre la salud sexual.

Conocer los inconvenientes de las verduras de hoja verde al iniciar la alimentación complementaria de los bebes

Material y Método:

Se realizó una búsqueda bibliográfica de los artículos publicados en las siguientes bases de datos y buscadores: PubMed, Cochrane Plus, Web of Science, Dialnet, Cuidatge, ENFISPO y CUIDEN.

Resultados:

Durante la pandemia por COVID-19 las relaciones de intimidad, el comportamiento sexual y las interacciones familiares y de pareja han experimentado importantes cambios, generando en ocasiones una menor satisfacción sexual, reducción del entusiasmo y de la frecuencia en las relaciones sexuales.

Sin embargo, en otros casos, algunos estudios mostraron cómo el pasar las parejas más tiempo en casa juntas, sintieron menor soledad y estrés durante el confinamiento favoreciendo el resurgimiento de la intimidad durante el encierro, como el estudio de Justin J. Lehmiller et al. en el que también se observó aumento del sexting, especialmente en personas que vivían sin su pareja

durante el confinamiento. Respecto a la masturbación, a pesar del creciente número de personas que dedican más tiempo a ella y de su incremento respecto al pre-confinamiento, la mayoría informó de menor satisfacción que antes.

A pesar de las condiciones de aislamiento, las personas de todo el mundo han buscado formas de adaptarse y conectarse mediante el acceso a internet ya que las circunstancias estresantes pueden incrementar la necesidad de establecer vínculos emocionales.

El Proyecto INSIDE, estudio español con 1.448 participantes de entre 18-60 años, analizó el comportamiento sexual durante los 99 días de confinamiento en España e informa que el confinamiento ha afectado a la vida sexual del 47,7% de la población española, especialmente a las mujeres.

Consecuencias y efectos de la pandemia:

- Satisfacción sexual:

· Ha sido la dimensión más afectada por la pandemia:

· En cuanto a las relaciones sexuales y afectivas habituales, se encontraron estados de irritabilidad, miedo, ansiedad y culpa por la posible disminución del deseo sexual y de la satisfacción personal, así como aumento de disfunciones sexuales.

· Durante el confinamiento, distintas webs dedicadas a la pornografía online abrieron libre acceso a sus contenidos, siendo España uno de los países en los que más aumentó el acceso a la pornografía.

- Las restricciones a la movilidad ocasionaron:

· Acceso a preservativos limitado, lo que aumentó el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual o embarazos no deseados.

· Menor frecuencia de aparición del sexo casual.

· Aumento del estrés por la convivencia forzada y prolongada en el hogar.

· Reducción de interacciones interpersonales y exarcebación de las relaciones conflictivas ya existentes.

· Incremento de la violencia sexual, afectando mayoritariamente a mujeres y niñas.

· Aumento del estrés por la situación pandémica.

· Cierre de centros educativos dificultando el acceso a información sobre el cuidado de la salud y bienestar sexual junto a la ruptura de interacción y afectividad entre jóvenes.

- Organización sanitaria:

· Los servicios sanitarios pasaron a ofertarse telemáticamente, afectando más negativamente a las poblaciones vulnerables.

· Priorización del virus frente a detección y tratamiento de otras afecciones como el cáncer cérvico-uterino (4ª cáncer más común en mujeres) y VPH, poniendo en mayor riesgo a mujeres y niñas.

· Importante interrupción de los tratamientos, debido a aplazamientos (sobre todo tratamientos médicos no urgentes como puede ser tratamiento hormonal en la población transexual o reproducción asistida) y al aumento de las listas de espera de problemas que no eran en aquellos momentos una amenaza directa para la salud.

Conclusiones:

El mundo virtual y sus aplicaciones han facilitado la conexión emocional y sexual, siendo un cauce de comunicación muy relevante para el afrontamiento de la pandemia y el bienestar psicológico de muchas personas. Sin embargo, no todos han podido disfrutar de ese acceso a internet.

Los efectos del confinamiento son similares en distintos países. En general se manifestaron cambios en el comportamiento sexual relacionados con la disminución del sexo casual, mayor uso de pornografía, aumento de sexting y cibersexo, y una ampliación en los rituales sexuales y eróticos en pareja como el uso de la tecnología.

Al tratarse de una situación mundial sin precedentes se hace necesaria más investigación sobre el tema que nos ayude a mejorar nuestra comprensión sobre el impacto de la pandemia en la salud y vivencia de la sexualidad de todas las personas.

Bibliografía

1.-. Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva de la Generalitat Valenciana. [citado 21 de abril de 2023]. Disponible en: http://www.san.gva.es/web/igualdad/estrategia-de-salut-sexual-i-reproductiva

2.- Justin J. Lehmiller, Justin R. Garcia, Amanda N. Gesselman, and Kristen P. Mark (2021) Less Sex, But More Sexual Diversity: Changes in Sexual Behavior During the COVID-19 Coronavirus Pandemic, Leisure Sciences, 43: 1-2,295-304, https://doi.org/ 10.1080/01490400.2020.1774016

3.- Nebot-García, J, Ruiz-Palomino, E, Giménez-García, C, Gil-Llario, MD, Ballester-Arnal, R, Frecuencia sexual de los adolescentes españoles durante el confinamiento por COVID-19. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes Vol. 7 nº. 3-Septiembre 2020 - pp 19-26.

4.- Rodríguez-Domínguez, C., Lafuente-Bacedoni, C., & Durán, M.(2021). Predictores de la Satisfacción Sexual durante el Confinamiento por COVID-19 en España. Behavioral Psichology/Psicología Conductual, 29(3), 627-646.

5.- Tarin-Vicentea. E, Sendagorta Cudosa, E; Servera Negrea, I. Falces Romerob, J.Ballesteros Martinc, A. Martin-Gorgojod, A. Comunion Artiedad, C. Salas Marqueze, P. Herranz Pintoa. Infecciones de transmisión sexual (ITS) durante el estado de alarma por la pandemia de COVID-19 en España. Actas Dermo-Sifilográficas. Vol 113. Num 2. 115 122. Febrero de 2022.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 184

Suplementación con Ácido Fólico en el Embarazo

Jiménez Ramos, Carmen
Márquez Fernández, Virginia
Torres Torres, Rosario

SUPLEMENTACIÓN CON ÁCIDO FÓLICO EN EL EMBARAZO

Jiménez Ramos, Carmen; Márquez Fernández, Virginia; Torres Torres, Rosario

Introducción

El folato (Vitamina B9) es un nutriente esencial no sintetizado en el organismo humano, importante en la síntesis de ADN y ARN, la metilación del ADN, la hematopoyesis y posiblemente la función neuronal normal.

Podemos obtenerlo a partir de alimentos como:

- ✓Verduras de hoja verde (espinacas, acelgas)
- ✓Crucíferas (brócoli, coles de bruselas)
- ✓Hortalizas verdes (espárragos o puerro)
- ✓Frutas (cítricos, papaya, mango, aguacate)
- ✓Huevos
- ✓Legumbres (soja, garbanzos, judías)
- ✓Frutos secos (cacahuetes, avellanas o almendras)
- ✓Cereales integrales.



Disponemos de suplementos farmacológicos en forma de ácido fólico en el mercado.

Se recomienda la suplementación con ácido fólico para todas las mujeres que planean concebir ya que el uso periconcepcional disminuye la aparición y recurrencia de defectos del tubo neural fetal (DTN).

La suplementación con ácido fólico puede tener otros beneficios en el embarazo tales como la disminución de las tasas de labio leporino/ paladar hendido, de cardiopatías congénitas, de defectos en las extremidades, de anomalías del tracto urinario, de hidrocefalia congénita, disminuyendo también las tasas de abortos, de desprendimiento prematuro de placenta y preeclampsia (en estos casos la evidencia es de baja calidad).

Tanto el folato como el acido fólico se absorben en el duodeno y se reducen a su forma metabólicamente activa, L-5-metiltetrahidrofolato (L-5-MTHF) durante el paso a través de la mucosa gracias a la enzima metilentetrarhidrofolato reductasa (MTHFR).

Existe población con mutaciones de esta enzima en las que estaría indicada la suplementación con 5- metiltetrahidrofolato (5-MTHF) ya que el ácido fólico sintético no se absorbería correctamente al no poderse realizar dicho proceso.

Objetivo

Conocer la importancia de la suplementación con ácido fólico durante el embarazo.

Palabras clave: ácido fólico, embarazo, suplementos dietéticos



Material y métodos

Búsqueda bibliográfica en las bases de datos UpToDate y PubMed.

Consulta de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Sanidad y Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO).

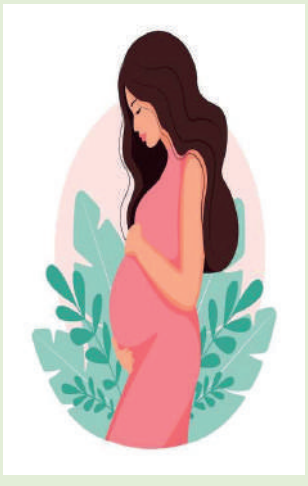
Resultados

Según el Ministerio de Sanidad y la SEGO la toma de ácido fólico debe comenzar un mes antes de la concepción y mantenerse como mínimo hasta el final del primer trimestre. La tendencia actual es mantenerlo durante todo el embarazo, sobre todo en casos de gemelaridad, enfermedades crónicas, vómitos de repetición o malabsorción de cualquier origen.

La toma debe ser diaria e ininterrumpida, porque no se almacena en el organismo. Su consumo irregular disminuye o anula el efecto protector.

Dosis recomendadas:

- •En mujeres de bajo riesgo 0,4 mg /día.
- •En mujeres con antecedentes de DTN, que han tenido un hijo anterior con DTN, son diabéticas o están tomando anticonvulsivos: 5 mg/día.
- •En gestaciones múltiples : 1mg/día todo el embarazo.



En la búsqueda bibliográfica realizada encontramos las siguientes recomendaciones:

- •0,4mg/día en mujeres de bajo riesgo de DTN, hasta cuatro o seis semanas postparto o hasta finalizar la lactancia materna.
- •4mg/día en mujeres con antecedentes de DNT en embarazo anterior, en ellas mismas o en el padre biológico.
- •En mujeres en otros grupos de riesgo la dosis óptima no está clara y las pautas varían:
  - ✓Antecedentes familiares de DTN en un pariente de primer o segundo grado: 1mg/día.
  - ✓Mujeres que toman medicamentos anticonvulsivos al menos 1mg/día y aumentar la dosis a 2mg o 4mg para las que toman carbamazepina o valproato.
  - ✓Mujeres que toman medicamentos asociados con reducciones en el ácido fólico disponible (triamtereno, trimetoprima, sulfasalazina): 1mg/día.
  - ✓Mujeres con condiciones médicas asociadas a niveles reducidos de folatos en los glóbulos rojos (enfermedad celiaca, enfermedad inflamatoria intestinal, resección intestinal o bypass...): 1mg/ día.
  - ✓Mujeres con anemia drepanocítica: 4mg/día.
  - ✓Mujeres con diabetes pregestacional: 1mg/día.
  - ✓Mujeres con antecedentes de otras malformaciones congénitas (labio leporino/paladar hendido, anomalías cardíacas congénitas, defectos por reducción de extremidades, anomalías de tracto urinario, hidrocefalia congénita) en sí mismas, en su pareja, en un hijo anterior o en un familiar de primer o segundo grado: 1mg/día.
  - ✓Mujeres con antecedentes de polimorfismo MTHFR no se recomienda aumentar la dosis de ácido fólico, recomendando la suplementación con 5-MTHF (forma activa del ácido fólico cuya absorción no está influenciada por una mutación genética MTHFR).

Conclusiones

La suplementación con ácido fólico supone la intervención más importante y efectiva para la disminución de los DTN. Aunque con menor evidencia también se asocia a la disminución de otros defectos congénitos y patología asociada al embarazo.

El periodo más importante para esta suplementación comprende desde mínimo un mes antes de la concepción y durante el primer trimestre.

Parte de la población presenta una mutación del gen MTFHR que afecta a la enzima encargada de transformar el ácido fólico en su forma activa (L-5-MTHF) siendo necesaria la suplementación con la forma activa.

Resumen: Realizamos una revisión bibliográfica con el objetivo de conocer la importancia de la suplementación con ácido fólico durante el embarazo.

La evidencia científica concluye que supone la intervención más importante y efectiva para disminuir los defectos del tubo neural (DTN). Se ha establecido que puede prevenir otras malformaciones fetales así como abortos, desprendimiento prematuro de placenta y preeclampsia.

El período más importante comprende desde mínimo un mes antes de la concepción y durante el primer trimestre.

La dosis dependerá del riesgo de DTN.

En caso de polimorfismo metilentetrahidrofolato reductasa (MTHFR) se recomienda suplementar con ácido fólico en su forma activa.

Palabras clave: Ácido fólico, Embarazo, Suplementos dietéticos.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El folato (Vitamina B9) es un nutriente esencial no sintetizado en el organismo humano. Es importante en la síntesis de ADN y ARN, la metilación del ADN, la hematopoyesis y posiblemente la función neuronal normal.

Podemos obtenerlo a partir de alimentos como:

- ✓ Verduras de hoja verde (espinacas, acelgas)
- ✓ Crucíferas (brócoli, coles de bruselas)
- ✓ Hortalizas verdes (espárragos o puerro)
- ✓ Frutas (cítricos, papaya, mango, aguacate)
- ✓ Huevos
- ✓ Legumbres (soja, garbanzos, judías)
- ✓ Frutos secos (cacahuetes, avellanas o almendras)
- ✓ Cereales integrales.

Además disponemos de suplementos farmacológicos en forma de ácido fólico en el mercado.

Durante el embarazo el feto consume los depósitos de ácido fólico almacenados en el hígado de la madre.

Se recomienda la suplementación con ácido fólico para todas las mujeres que planean concebir ya que el uso periconcepcional disminuye la aparición y recurrencia de defectos del tubo neural fetal (DTN).

La suplementación con ácido fólico puede tener otros beneficios en el embarazo tales como la disminución de las tasas de labio leporino/ paladar hendido, de cardiopatías congénitas, de defectos en las extremidades, de anomalías del tracto urinario, de hidrocefalia congénita, disminuyendo también las tasas de abortos, de desprendimiento prematuro de placenta y preeclampsia (en estos casos la evidencia es de baja calidad).

Tanto el folato como el acido fólico se absorben en el duodeno y se reducen a su forma metabólicamente activa, L-5-metiltetrahidrofolato (L-5-MTHF) durante el paso a través de la mucosa gracias a la enzima metilentetrarhidrofolato reductasa (MTHFR).

Existe población con mutaciones de esta enzima en las que estaría indicada la suplementación con 5- metiltetrahidrofolato (5-MTHF) ya que el ácido fólico sintético no se absorbería correctamente al no poderse realizar dicho proceso.

Objetivos:

Conocer la importancia de la suplementación con ácido fólico durante el embarazo.

Material y Método:

Búsqueda bibliográfica en las bases de datos UpToDate y PubMed.

Consulta de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Sanidad y Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO).

Resultados:

Según el Ministerio de Sanidad y la SEGO la toma de ácido fólico debe comenzar un mes antes de la concepción y mantenerse como mínimo hasta el final del primer trimestre. La tendencia actual es mantenerlo durante todo el embarazo, sobre todo en casos de gemelaridad, enfermedades crónicas, vómitos de repetición o malabsorción de cualquier origen.

La toma debe ser diaria e ininterrumpida, porque no se almacena en el organismo. Su consumo irregular disminuye o anula el efecto protector.

Dosis recomendadas:

✓ En mujeres de bajo riesgo se sugiere la suplementación diaria con 0,4 mg de ácido fólico desde al menos uno o dos meses previos a la concepción.

✓ En mujeres con antecedentes de DTN, que han tenido un hijo anterior con DTN, son diabéticas o están tomando anticonvulsivos, se recomienda la suplementación diaria con dosis de 5 mg de ácido fólico.

✓ En gestaciones múltiples la dosis recomendada es de 1mg/día todo el embarazo.

En la búsqueda bibliográfica realizada hemos encontrado las siguientes recomendaciones:

✓ 0,4mg/día de ácido fólico en mujeres de bajo riesgo de DTN, empezando mínimo un mes antes de la concepción y continuar durante todo el embarazo hasta cuatro o seis semanas postparto o hasta finalizar la lactancia materna.

✓ 4mg/día en mujeres con antecedentes de DNT en embarazo anterior, en ellas mismas o en el padre biológico.

✓ En mujeres en otros grupos de riesgo la dosis óptima no está clara y las pautas varían:

• Antecedentes familiares de DTN en un pariente de primer o segundo grado: 1mg/día.

• Mujeres que toman medicamentos anticonvulsivos al menos 1mg/día y aumentar la dosis a 2mg o 4mg para las que toman carbamazepina o valproato.

• Mujeres que toman medicamentos asociados con reducciones en el ácido fólico disponible (triamtereno, trimetoprima, sulfasalazina): 1mg/día.

• Mujeres con condiciones médicas asociadas a niveles reducidos de folatos en los glóbulos rojos (enfermedad celiaca, enfermedad inflamatoria intestinal, resección intestinal o bypass...): 1mg/ día.

• Mujeres con anemia drepanocítica: 4mg/día.

• Mujeres con diabetes pregestacional: 1mg/día.

• Mujeres con antecedentes de otras malformaciones congénitas (labio leporino/paladar hendido, anomalías cardíacas congénitas, defectos por reducción de extremidades, anomalías de tracto urinario, hidrocefalia congénita) en sí mismas, en su pareja, en un hijo anterior o en un familiar de primer o segundo grado: 1mg/día.

• Mujeres con antecedentes de polimorfismo MTHFR no se recomienda aumentar la dosis de ácido fólico, recomendando la suplementación con 5-MTHF (forma activa del ácido fólico cuya absorción no está influenciada por una mutación genética MTHFR).

Conclusiones:

La suplementación con ácido fólico supone la intervención más importante y efectiva para la disminución de los DTN. Aunque con menor evidencia también se asocia a la disminución de otros defectos congénitos y patología asociada al embarazo.

El periodo más importante para esta suplementación comprende desde mínimo un mes antes de la concepción y durante el primer trimestre.

Parte de la población presenta una mutación del gen MTFHR que afecta a la enzima encargada de transformar el ácido fólico en su forma activa (L-5-MTHF) siendo necesaria la suplementación con la forma activa.

Bibliografía

1.- Laura M Goetzl, MD, MPH. Preconception and prenatal folic acid supplementation. UpToDate. May 2023.

2.- Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía;2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10

3.- Control prenatal del embarazo normal. Sociedad española de Ginecologia y Obstetricia (SEGO) 2017.

4.- Consulta preconcepcional. Sociedad española de Ginecologia y Obstetricia (SEGO) 2010.

5.- Edouard J Servy, Laetitia Jacquesson-Fournorls, Marc Cohen, Yves J R Menezo. MTHFR isoform carriers. 5-MTHF(5- methyl tetrahydrofolate) vs folic acid: a key to pregnancy outcome: a case series. J Assist Reprod Genet. 2018 Aug; 35 (8): 1431-1435

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 185

Técnica Mölndal. Usos y beneficios frente a cura tradicional.

Arévalo Frutos, Isabel María
Arroyo Priego, Estefanía
Ramiro Montilla, Pilar
Ortega Romero, María Isabel
Leal Rico, María Isabel
Cervantes Torres, Laura

TÉCNICA MÖLNDAL

USOS Y BENEFICIOS FRENTE A CURA TRADICIONAL

Arévalo Frutos, IM; Arroyo Priego, E; Ramiro Montilla, P; Ortega Romero, MI; Leal Rico, MI; Cervantes Torres, L

INTRODUCCIÓN

La técnica Mölndal es un tipo de cura en ambiente húmedo que se utiliza en heridas quirúrgicas.

OBJETIVOS:

-DEFINIR CÓMO SE REALIZA LA CURA DE HERIDAS QUIRÚRGICAS MEDIANTE LA TÉCNICA MÖLNDAL.
-CONOCER LOS BENEFICIOS DE LA TÉCNICA MÖLNDAL FRENTE A LA CURA TRADICIONAL.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica de algunas bases de datos como son Pubmed y Google académico. Se escogieron publicaciones realizadas en los últimos 10 años, en castellano e inglés.

Palabras clave: Técnica Mölndal, herida quirúrgica, cura tradicional

RESULTADOS

La técnica Mölndal consiste en aplicar un **apósito de hidrofibra de hidrocoloide** combinado con un **film de poliuretano** a modo de apósito secundario. Puede utilizarse **tanto** en **heridas quirúrgicas** como en **drenajes**. Es una práctica extendida en cirugía mayor en otros países. Aunque los estudios en cirugía menor ambulatoria son reducidos, los resultados obtenidos son positivos.

BENEFICIOS

- MENOR Nº CURAS (EFICIENTE)
- MENOR DOLOR
- MENOR TASA INFECCIÓN
- MAYOR CONFORT PACIENTE (SE PUEDE DUCHAR)



PROCEDIMIENTO.

Técnica estéril.

1. Limpiamos con SSF la zona.
2. Aplicamos clorexidina alcohólica al 2%, dejándola secar 30 segundos.
3. Aplicamos la hidrofibra de hidrocoloide. Utilizar una tira doble de hidrofibra que sobrepase ligeramente los bordes de la herida.
4. Aplicamos el film de poliuretano. Se puede usar algún producto barrera.

- Se permite la inspección de la zona manteniendo el aislamiento de la herida
- Se puede mantener intacto 7 días, incluso hasta 10 según bibliografía.

CONCLUSIÓN

En general, el uso de la técnica Mölndal tiene mayores beneficios que la cura tradicional.

En los medios introducidos, esta técnica ha tenido buena aceptación. Quizás su uso no se encuentra muy extendido por la falta de publicaciones científicas en nuestro país, concretamente en cirugía menor.

Por ello, consideramos que se deberían realizar más estudios en unidades de atención primaria y cirugía menor para valorar el beneficio de esta técnica, ya que es donde se realizan la mayoría de los seguimientos de las heridas quirúrgicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Núñez Romero R. Beneficios e inconvenientes de la utilización de la cura Mölndal frente a la cura simple en la herida quirúrgica. 201; Disponible en: https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/19391
2. Lopez De los Reyes R, Vives Rodríguez C, Rumbo Prieto J, Arantón Areosa L, Delgado Fernández R, Sanmartín Castrillón R, et al. Aplicación de la técnica mölndal en la cicatrización de heridas quirúrgicas agudas e incisiones de drenajes. 2014; Enfermería Dermatológica (8 (21)):7-14. [Internet] Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4860730
3. Investigación RS. Cura mölndal: técnicas e indicaciones. [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2020. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cura-molndal-tecnicas-e-indicaciones/
4. Técnica modificada Mölndal/ Jubilee frente a tratamiento tradicional en heridas quirúrgicas tras cirugía menor en atención primaria [Gerokomos.2022]-Medes [Internet]. Disponible en: https://medes.com/publication/173208
5. Fernández MPJ. Cambio de cura tradicional a cura mölndal en una unidad de enfermería quirúrgica. Enfermería Dermatológica. 2016;10(29):19–26.

Resumen: La técnica Mölndal es un tipo de cura en ambiente húmedo que consiste en aplicar un apósito de hidrofibra de hidrocoloide combinado con un film de poliuretano como apósito secundario. Puede utilizarse tanto en heridas quirúrgicas como en drenajes. En general, los pacientes precisan un menor número de curas (cambio de apósito), presentan reducción del dolor y menor tasa de infección, así como mayor confort al permitir al paciente ducharse. Es una práctica eficiente, extendida en otros países y que pensamos tiene mayores beneficios que la cura tradicional. Por ello, sería interesante que se extendiera más en nuestro país.

Palabras clave: Técnica Mölndal, Herida quirúrgica, Cura tradicional

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

En el abordaje de heridas quirúrgicas, solemos realizar lo que denominamos cura tradicional o plana; que consiste en aplicar un antiséptico y cubrir la herida con un apósito de gasa. La cura se realiza diariamente para mantener la zona seca y limpia.

Esta revisión pretende familiarizarnos con la técnica Mölndal, un tipo de cura en ambiente húmedo que se utiliza en heridas quirúrgicas, para poder decidir con criterio si es recomendable aplicarla con nuestros pacientes. ¿Es mejor opción que la cura tradicional?

Objetivos:

-Definir cómo se realiza la cura de heridas quirúrgicas mediante la técnica Mölndal.

-Conocer los beneficios de ésta técnica frente a la cura tradicional.

Material y Métodos:

Se realizó una revisión bibliográfica de algunas bases de datos como son Pubmed y Google académico. Se escogieron publicaciones realizadas en los últimos 10 años, en castellano e inglés. Se analizaron además las referencias bibliográficas de los documentos seleccionados con el fin de rescatar otros estudios potencialmente incluibles para la revisión.

Resultados:

Definimos la técnica Mölndal (Mö) como una cura en ambiente húmedo que podemos utilizar para tratar las heridas quirúrgicas; así como los drenajes que puedan insertarse en la zona de la intervención. Consiste en aplicar un apósito de hidrofibra de hidrocoloide combinado con un film semipermeable, a modo de apósito secundario.

La cura Mö es una técnica estéril. Los pasos que seguiremos son los siguientes:

- Limpiamos con suero salino fisiológico la zona.

- Aplicamos clorhexidina alcohólica al 2%, dejándola secar 30 segundos.

- Aplicamos la hidrofibra de hidrocoloide. Se recomienda utilizar una tira doble que sobrepase ligeramente los bordes de la herida.

- Aplicamos el film de poliuretano, que aísla la herida y a la vez permite la inspección y evaluación de la misma. Se puede utilizar algún producto de barrera no irritante que mejore la adhesividad del film.

Cuando nos encontramos ante un drenaje, se recomienda lavar la zona con clorhexidina jabonosa. La hidrofibra de hidrocoloide se aplica rodeando la zona de salida del drenaje. Si tenemos una herida quirúrgica y un drenaje en una misma zona, debemos poner el film de poliuretano del drenaje por encima del film de la herida y no al revés.



Imagen: Técnica Mö en herida quirúrgica (izquierda) y en drenaje (derecha). Fuente: Lopez De los Reyes R, Vives Rodríguez C, Rumbo Prieto J, Arantón Areosa L, Delgado Fernández R, Sanmartín Castrillón R, et al. Aplicación de la técnica mölndal en la cicatrización de heridas quirúrgicas agudas e incisiones de drenajes. 2014; Enfermería Dermatológica (8 (21)):7-14. [Internet] Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4860730

En cuanto a las revisiones, consisten en observar diariamente la zona de la herida sin necesidad de levantar el apósito. Si no hay complicaciones, levantaremos el apósito a los 7 días y retiraremos la sutura de la zona si está indicado. Hay bibliografía que avala que se puede mantener intacto hasta 10 días.

Los beneficios que se han encontrado respecto a la cura tradicional son:

- Evita complicaciones como: infecciones, flictenas perilesionales, maceración de la herida y dehiscencia.

- Optimización de recursos: mayor eficiencia por el menor número de cambios de apósito.

- Menor demanda para el personal enfermero: se reduce el tiempo del paciente en consulta; pues no se debe realizar un cambio de apósito en todas las visitas.

- Mayor confort para el paciente: el film de poliuretano le permite ducharse y no tendrá que realizarse tantos cambios de apósito.

Discusión y Conclusiones:

La técnica Mö es una técnica con gran evidencia científica. En los países nórdicos lleva instaurada más de 20 años. En estos últimos años está teniendo una mayor proyección en el resto de

Europa y EEUU. Ha sido probada con éxito en cirugía mayor. Sin embargo, no hemos encontrado demasiada bibliografía que hable de su uso en cirugía menor. No obstante, se puede utilizar tanto en unidades hospitalarias como en unidades de cirugía menor; siempre y cuando existan condiciones de estricta asepsia.

En cuanto a los beneficios, se analiza la tasa de infección junto con las variables dolor, comodidad del paciente y mejora de la cicatrización de la herida. Se relacionan con el menor cambio de apósito y por el ambiente húmedo que se crea. La variable confort trata aspectos como: mantener el apósito seco durante la ducha y reducción del dolor a la retirada. Además, disminuye el número de visitas a consulta de enfermería, o al menos se acorta el tiempo de cada visita. Esto beneficia al paciente y al personal de enfermería; pues se reduce la carga de trabajo. En cuanto al coste sanitario, se ha demostrado que es una técnica más eficiente que la cura tradicional.

Por último, nos gustaría destacar que, al tratarse de un procedimiento fácil de realizar y valorar, no se necesitaría demasiado entrenamiento. Por lo tanto, sería sencillo instaurarlo en la práctica clínica diaria de los profesionales de enfermería.

Después de realizar esta revisión podemos extraer una serie de conclusiones al respecto:

• En general, el uso de la técnica Mö tiene mayores beneficios que la cura tradicional.

• En los medios introducidos, esta técnica ha tenido buena aceptación. Quizás su uso no se encuentra muy extendido por la falta de publicaciones científicas en nuestro país. Por ello, consideramos que se deberían realizar más estudios en unidades de atención primaria y cirugía menor para valorar el beneficio de esta técnica, ya que es donde se realizan la mayoría de los seguimientos de las heridas quirúrgicas.

Bibliografía

1.- Núñez Romero R. Beneficios e inconvenientes de la utilización de la cura Mölndal frente a la cura simple en la herida quirúrgica. 201; Disponible en: https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/19391

2.- Lopez De los Reyes R, Vives Rodríguez C, Rumbo Prieto J, Arantón Areosa L, Delgado Fernández R, Sanmartín Castrillón R, et al. Aplicación de la técnica mölndal en la cicatrización de heridas quirúrgicas agudas e incisiones de drenajes. 2014; Enfermería Dermatológica (8 (21)):7-14. [Internet] Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4860730

3.- Investigación RS. Cura mölndal: técnicas e indicaciones. [Internet].▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2020. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cura-molndal-tecnicas-eindicaciones/

4.- Técnica modificada Mölndal/ Jubilee frente a tratamiento tradicional en heridas quirúrgicas tras cirugía menor en atención primaria [Gerokomos.2022]-Medes [Internet]. Disponible en: https://medes.com/publication/173208

5.- Fernández MPJ. Cambio de cura tradicional a cura mölndal en una unidad de enfermería quirúrgica. Enfermería Dermatológica. 2016;10(29):19–26

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 186

Técnica Mölndal: nueva herramienta para la cura de heridas quirúrgicas.

Carretero Valderrábano, Juan José
Díaz Sánchez, Sergio
Varón Serrano, Ana
Moreno Sobrino, Almudena

Técnica Mölndal: nueva herramienta para la cura de heridas quirúrgicas

Carretero Valderrábano, Juan José; Díaz Sánchez, Sergio; Varón Serrano, Ana; Moreno Sobrino , Almudena

SATSE

INTRODUCCION

Una herida quirúrgica es aquella solución de continuidad que tiene lugar en un ambiente de máxima asepsia y es llevaba a cabo por un profesional sanitario.
De forma tradicional, este tipo de heridas ha sido abordado desde una técnica denominada "cura plana", la cual consiste en realizar una limpieza con suero fisiológico, desinfección con antiséptico local y posteriormente se cubre con una gasa estéril sujeta con esparadrapo.
En 2002, en Suecia, nace una técnica conocida con el nombre de técnica Mölndal, en un hospital de manos de una enfermera como alternativa a la cura tradicional de heridas quirúrgicas en pacientes sometidos a cirugía ortopédica y traumatológica.

OBJETIVOS

Describir la evidencia existente sobre el uso de la técnica Mölndal en el ámbito quirúrgico como herramienta de cuidado de las heridas quirúrgicas, indicaciones de la técnica y ventajas e inconvenientes de la misma a través de una revisión bibliográfica.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica a través de la búsqueda de evidencia científica en diversas bases de datos como Dialnet, Scopus, Pubmed y Scielo a través de las palabras clave "Mölndal", "infecciones" y "técnica" y relacionándolas a través del operador boleano "AND". Incluyendo artículos en inglés y español y que hayan sido publicados en los últimos 10 años.

RESULTADOS

Tras la lectura crítica de los artículos encontrados, podemos decir que la técnica Mölndal se puede considerar como un método de elección a la hora de curar heridas en el ámbito quirúrgico debido a las numerosas ventajas que presenta la técnica tanto para el paciente como para el sistema sanitario.
A pesar de que la evidencia científica encontrada no es muy amplia, se han podido cumplir los objetivos propuestos para esta revisión bibliográfica. Se evidencia también la necesidad de realizar más estudios y publicaciones sobre dicha técnica, sobre todo, estudios que demuestren con datos concretos la costo-efectividad de su uso frente a la técnica tradicional.
Por otro lado, sería conveniente incluir esta técnica de cura en el plan de formación de los profesionales, tanto de atención hospitalaria como de atención primaria, para darle mayor difusión y poder aprovechar las ventajas que presenta con respecto a la técnica tradicional y de esta forma se disponga de más datos sobre su uso para poder ampliar la evidencia existente.

CONCLUSIÓN

Se puede observar que esta técnica, en comparación con la técnica basada en la cura tradicional con gasas estériles y apósito oclusivo y/o vendaje, presenta una serie de ventajas:

- Mejor relación costo-efectividad para el servicio sanitario.
- Mayor confort para el paciente.
- Menor riesgo de infección.
- Reducción considerable de los edemas postoperatorios.
- Menor incidencia de ampollas y eritemas en la herida y en la piel perilesional.
- Disminución de la carga asistencial para el servicio sanitario.
- Aceleración en el proceso asistencial del paciente.



Además de todas estas ventajas mencionadas, nos encontramos con la amplia diversidad de posibilidades de uso de esta técnica en diferentes intervenciones quirúrgicas: cirugías ortopédicas, cirugías traumatológicas, escisiones de sinus pilonidal, cirugías torácicas, intervenciones urológicas, etc. El uso de esta técnica como método para aislamiento de la herida del medio exterior y aceleración de la granulación y epitelización de la herida la hace un método de elección en las curas quirúrgicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. López-de los Reyes R, Rodríguez EV, Rumbo Prieto JM, Areosa LA, Fernández RD, Castrillón RS, et al. Aplicación de la técnica Mölndal en la cicatrización de heridas quirúrgicas agudas e incisiones de drenajes. Enfermería Dermatológica. 2014;(8):7–14.
2. Jiménez Fernandez MP. Cambio de cura tradicional a cura Mölndal en una unidad de enfermería quirúrgica. Enfermería Dermatológica. 2016;10(29):19–26.
3. López de los Reyes R, Vives Rodríguez E, Arantón Areosa LF, Rumbo Prieto JM. Guía práctica de la herida quirúrgica aguda. In: Xunta de Galicia, editor. Colección de guías de prácticas de heridas del Servicio Gallego de Salud. 2016. p. 33–8.
4. Martín Bernard D, Pelet Lafita EM, Mata Sierra C, Aznárez Lahuerta M, Labarta Pueyo A, García Lanzón C. Utilización de la técnica Mölndal y su comparación con la cura plana. Rev Sanit Investig. 2022;

SATSE

Resumen: Una herida quirúrgica es aquella que tiene lugar por la rotura de la integridad cutánea, en un ambiente de máxima asepsia.

La técnica Mölndal nació en 2002 como método alternativo a la cura tradicional de las heridas quirúrgicas, la cual está basada en el uso de un apósito primario de hidrofibra de hidrocoloide combinado con el uso de un film de poliuretano como apósito secundario.

Entre las ventajas que se han ido observando a lo largo del tiempo sobre esta técnica se encuentran la reducción del riesgo de infección, mayor confort para el paciente, mayor coste-efectividad, menos tiempo de cicatrización...

Palabras clave: Mölndal, Técnica, Infecciones

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Una herida quirúrgica es aquella solución de continuidad que tiene lugar en un ambiente de máxima asepsia y es llevaba a cabo por un profesional sanitario.

De forma tradicional, este tipo de heridas ha sido abordado desde una técnica denominada "cura plana", la cual consiste en realizar una limpieza con suero fisiológico, desinfección con antiséptico local y posteriormente se cubre con una gasa estéril sujeta con esparadrapo.

En 2002, en Suecia, nace una técnica conocida con el nombre de técnica Mölndal, en un hospital de manos de una enfermera como alternativa a la cura tradicional de heridas quirúrgicas en pacientes sometidos a cirugía ortopédica y traumatológica.

En un principio se limitó a cirugías limpias, cirugías de prótesis de cadera y rodilla, aunque se ha realizado estudios donde se ha demostrado eficaz en intervenciones limpio-contaminada e incluso contaminadas.

Entre las ventajas que se han ido observando a lo largo del tiempo sobre esta técnica se encuentran la reducción del riesgo de infección, mayor confort para el paciente, mayor coste-efectividad, menos tiempo de cicatrización…

Objetivos:

Describir la evidencia existente sobre el uso de la técnica Mölndal en el ámbito quirúrgico como herramienta de cuidado de las heridas quirúrgicas, indicaciones de la técnica y ventajas e inconvenientes de la misma a través de una revisión bibliográfica.

Material y Métodos:

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica a través de la búsqueda de evidencia científica en diversas bases de datos como Dialnet, Scopus, Pubmed y Scielo a través de las palabras clave "Mölndal", "infecciones" y "técnica" y relacionándolas a través del operador boleano "AND". Incluyendo artículos en inglés y español y que hayan sido publicados en los últimos 10 años.

Resultados:

Tras la lectura crítica de los artículos encontrados, podemos decir que la técnica Mölndal se puede considerar como un método de elección a la hora de curar heridas en el ámbito quirúrgico debido a las numerosas ventajas que presenta la técnica tanto para el paciente como para el sistema sanitario.

A pesar de que la evidencia científica encontrada no es muy amplia, se han podido cumplir los objetivos propuestos para esta revisión bibliográfica. Se evidencia también la necesidad de realizar más estudios y publicaciones sobre dicha técnica, sobre todo, estudios que demuestren con datos concretos la costo-efectividad de su uso frente a la técnica tradicional.

Por otro lado, sería conveniente incluir esta técnica de cura en el plan de formación de los profesionales, tanto de atención hospitalaria como de atención primaria, para darle mayor difusión y poder aprovechar las ventajas que presenta con respecto a la técnica tradicional y de esta forma se disponga de más datos sobre su uso para poder ampliar la evidencia existente.

Conclusiones:

A la vista de los estudios mostrados en esta revisión narrativa obtenemos como conclusión que la técnica Mölndal se considera la técnica de elección frente a la cura tradicional en las heridas quirúrgicas.

Se puede observar que esta técnica, en comparación con la técnica basada en la cura tradicional con gasas estériles y apósito oclusivo y/o vendaje, presenta una serie de ventajas:

- Mejor relación costo-efectividad para el servicio sanitario.
- Mayor confort para el paciente.
- Menor riesgo de infección.
- Reducción considerable de los edemas postoperatorios.
- Menor incidencia de ampollas y eritemas en la herida y en la piel perilesional.
- Disminución de la carga asistencial para el servicio sanitario.
- Aceleración en el proceso asistencial del paciente.

Además de todas estas ventajas mencionadas, nos encontramos con la amplia diversidad de posibilidades de uso de esta técnica en diferentes intervenciones quirúrgicas: cirugías ortopédicas, cirugías traumatológicas, escisiones de sinus pilonidal, cirugías torácicas, intervenciones urológicas, etc. El uso de esta técnica como método para aislamiento de la herida del medio exterior y aceleración de la granulación y epitelización de la herida la hace un método de elección en las curas quirúrgicas.

Planteamos la necesidad de que se siga investigando en esta técnica para generar mayor cuerpo de evidencia que pueda decantar hacia la implantación generalizada de dicha técnica como de elección en heridas quirúrgicas. La amplia variedad de ventajas frente a la cura tradicional hace considerar que esta técnica se pueda llegar a convertir en el método de elección.

Bibliografía

1.- .López-de los Reyes R, Rodríguez EV, Rumbo Prieto JM, Areosa LA, Fernández RD, Castrillón RS, et al. Aplicación de la técnica Mölndal en la cicatrización de heridas quirúrgicas agudas e incisiones de drenajes. Enfermería Dermatológica. 2014;(8):7–14.

2.- Jiménez Fernandez MP. Cambio de cura tradicional a cura Mölndal en una unidad de enfermería quirúrgica. Enfermería Dermatológica. 2016;10(29):19–26.

3.- López de los Reyes R, Vives Rodríguez E, Arantón Areosa LF, Rumbo Prieto JM. Guía práctica de la herida quirúrgica aguda. In: Xunta de Galicia, editor. Colección de guías de prácticas de heridas del Servicio Gallego de Salud. 2016. p. 33–8.

4.- Martín Bernard D, Pelet Lafita EM, Mata Sierra C, Aznárez Lahuerta M, Labarta Pueyo A, García Lanzón C. Utilización de la técnica Mölndal y su comparación con la cura plana. Rev Sanit Investig. 2022;

5.- Añaños Alcalde C, Vicente Lluch A, Irún Cuairan MJ, Sancho Cano S, Blancas Bernuz S, Sarrablo Iranzo M. Aplicación técnica Mölndal en herida quirúrgica; beneficios frente a cura convencional. Rev Sanit Investig. 2022;

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 187

Test prenatal no invasivo (TPNI): revolución en el cribado prenatal de trisomías y aneuploidías

Gómez Gutiérrez, María José

Test prenatal no invasivo (TPNI): revolución en el cribado prenatal de trisomías y aneuploidías

Gómez Gutiérrez, MJ.

Introducción

El **test prenatal no invasivo (TPNI)** es una prueba de cribado prenatal no invasiva que consiste en el análisis de fragmentos de ADN fetal presentes en plasma materno. Este screening de **trisomías y aneuploidías** en los cromosomas sexuales (ACS) del feto no supone el riesgo fetal que llevan implícito las pruebas invasivas diagnósticas (amniocentesis o biopsia corial).

Objetivos

- ▶ Determinar las indicaciones y contraindicaciones del TPNI.
- ▶ Identificar las tasas de sensibilidad y especificidad del TPNI.
- ▶ Describir la relación costo-efectividad de su implantación en el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Palabras clave

Test prenatal no invasivo, cribado prenatal, trisomía

Material y métodos

Se ha realizado una **revisión bibliográfica** de artículos relacionados con test prenatales no invasivos (TPNI), priorizando los relacionados con la Enfermería Obstétrico-ginecológica. Se han utilizado las bases de datos: **Pubmed, The Cochrane Database y Scielo**.

- ▶ Revisiones bibliográficas del tema.
- ▶ Artículos sobre TPNI.
- ▶ Artículos de la labor de la matrona en este tema.
- ▶ Artículos en castellano e inglés.
- ▶ Artículos con fecha de 2016 o posterior.

- ▶ Artículos sobre otros métodos de diagnóstico prenatal.
- ▶ Artículos exentos de interés enfermero.
- ▶ Artículos anteriores al año 2016.

Resultados

¿En qué consiste el Test prenatal no invasivo (TPNI)?

❑ Para llevar a cabo el Test prenatal no invasivo (TPNI) es preciso realizar una extracción sanguínea de la **gestante entre la semana 10 y 22 de gestación** para que los fragmentos de ADN fetal sean detectables.

❑ Su finalidad es realizar un cribado prenatal de **aneuploidías sexuales** y de **trisomías** en los cromosomas número 13 (síndrome de Patau), 18 (síndrome de Edwards) y 21 (síndrome de Down).

¿Cuáles son las indicaciones y contraindicaciones para realizar el TPNI?

INDICACIONES

- ❖ Resultado de alto riesgo en prueba combinada de cribado prenatal
- ❖ Edad avanzada de la gestante
- ❖ Historia familiar de aneuploidía o trisomía
- ❖ Hijo anterior con aneuploidías o trisomías
- ❖ Alteración de cariotipo de alguno de los progenitores
- ❖ Hallazgos sospechosos en la ecografía del primer trimestre

CONTRAINDICACIONES

- ❑ <10 semanas de gestación
- ❑ Resultado ecográfico de translucencia nucal > 3,5 mm
- ❑ Gestación múltiple
- ❑ IMC > 35, debido al mayor compromiso para obtener una cantidad de fracción fetal óptima de sangre materna
- ❑ Gestante en tratamiento con inmunoterapia.
- ❑ Gestante receptora de transfusión de sangre o hemoderivados.
- ❑ Gestante portadora de trasplante de órganos.

¿Qué niveles de sensibilidad y especificidad tiene el TPNI?

❖ El TPNI tiene una **sensibilidad y especificidad** muy elevada para la trisomía 21 (99,3% y 99,9%, respectivamente) y ligeramente inferior para la trisomía 13 y 18 (97,4% y 99,9%, respectivamente).

❖ El TPNI **no tiene capacidad 100% diagnóstica**, por lo que no debería utilizarse como método de diagnóstico definitivo cuando los resultados son positivos.



¿Cuál es la relación costo-efectividad del TPNI?

Según el estudio realizado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España para la "Guía de análisis de ADN fetal en sangre materna para la detección de trisomías 21, 18 y 13":

❑ El cribado con TPNI tiene **menor coste económico** para el Sistema Nacional de Salud y una **disminución de la tasa de pérdidas fetales** asociadas a pruebas invasivas, en comparación con el cribado habitual.

❑ La **efectividad** del TPNI comparado con el screening combinado es **menor** en términos de detección de trisomías cromosómicas 21, 18 y 13.

Conclusiones

▶ La principal **indicación** para la realización del TPNI es un resultado de alto riesgo en la prueba combinada de cribado. Se **desaconseja** su uso si <10 semanas gestacionales, translucencia nucal > 3,5 mm y gestación múltiple, entre otros.

▶ La **sensibilidad** y **especificidad** es mayor para el cribado de la trisomía 21 vs trisomía 13/18.

▶ Tiene un menor coste económico vs cribado combinado, pese a disminuir ligeramente la efectividad.

Bibliografía

- ▶ Harraway J. **Non-invasive prenatal testing.** *Rev Aust Fam Physician*: 2017; 46(10): 735-9.
- ▶ Alcalde P, Melendo E, Forcen B. **Prueba prenatal no invasiva.** *Rev Sanitaria Invest.* 2021. 37(1): 1-5.
- ▶ Quiroga MI, Díaz A. **Diagnóstico prenatal de anomalías cromosómicas: examen prenatal no invasivo.** *Rev Peru Gin Obst.* Lima: 2016; 62(3): 265-8.
- ▶ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. **Análisis de ADN fetal en sangre materna para la detección de trisomías 21, 18 y 13.** Santa Cruz de Tenerife: 2016; 1-254.

Resumen: INTRODUCCIÓN: el test prenatal no invasivo (TPNI) es una prueba de cribado prenatal no invasiva que consiste en el análisis de fragmentos de ADN fetal presentes en plasma materno.

OBJETIVO: identificar las tasas de sensibilidad y especificidad del TPNI y su relación costo-efectividad.

MATERIAL Y MÉTODOS: revisión bibliográfica.

RESULTADOS: el TPNI tiene una sensibilidad y especificidad muy elevada para la trisomía 21 (99,3% y 99,9%, respectivamente) y ligeramente inferior para la trisomía 13 y 18 (97,4% y 99,9%, respectivamente). Su coste-efectividad es menor comparado con el cribado combinado habitual.

CONCLUSIONES: el TPNI tiene un menor coste económico vs cribado combinado, pese a disminuir ligeramente la efectividad. Sin embargo, no tiene capacidad 100% diagnóstica, por lo que no debería utilizarse como método de diagnóstico definitivo cuando los resultados son positivos.

Palabras clave: Test prenatal no invasivo, Cribado prenatal, Trisomía

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El test prenatal no invasivo (TPNI) es una prueba de cribado prenatal no invasiva que consiste en el análisis de fragmentos de ADN fetal presentes en plasma materno. Este screening de trisomías y aneuploidías en los cromosomas sexuales (ACS) del feto no supone el riesgo fetal que llevan implícito las pruebas invasivas diagnósticas (amniocentesis o biopsia corial).

Objetivos:

- Determinar las indicaciones y contraindicaciones del TPNI.
- Identificar las tasas de sensibilidad y especificidad del TPNI.
- Describir la relación costo-efectividad de su implantación en el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Material y Métodos:

Se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos relacionados con el test prenatal no invasivo, priorizando los relacionados con la Enfermería obstétrico-ginecológica. Se han utilizado las bases de datos: Pubmed, The Cochrane Database y Scielo.

Criterios de inclusión:

- Revisiones bibliográficas del tema.
- Guías de práctica clínica sobre TPNI.

- Artículos de la labor enfermera en este tema.
- Artículos en castellano e inglés.
- Artículos con fecha de 2016 o posterior.

Criterios de exclusión:

- Artículos sobre otros métodos de diagnóstico prenatal.
- Artículos exentos de interés enfermero.
- Artículos anteriores al año 2016.

Resultados:

¿En qué consiste el Test prenatal no invasivo (TPNI)?

- Para llevar a cabo el Test prenatal no invasivo (TPNI) es preciso realizar una extracción sanguínea de la gestante entre la semana 10 y 22 de gestación para que los fragmentos de ADN fetal sean detectables.
- Su finalidad es realizar un cribado prenatal de aneuploidías sexuales y de trisomías en los cromosomas número 13 (síndrome de Patau), 18 (síndrome de Edwards) y 21 (síndrome de Down).

¿Cuáles son las indicaciones y contraindicaciones para realizar el TPNI?

Indicaciones de uso del TPNI:

- Resultado de alto riesgo en prueba combinada de cribado prenatal
- Edad avanzada de la gestante
- Historia familiar de aneuploidía o trisomía
- Hijo anterior con aneuploidías o trisomías
- Alteración de cariotipo de alguno de los progenitores
- Hallazgos sospechosos en la ecografía del primer trimestre

Contraindicaciones de uso del TPNI:

- <10 semanas de gestación
- Resultado ecográfico de translucencia nucal > 3,5 mm
- Gestación múltiple
- IMC > 35, debido al mayor compromiso para obtener una cantidad de fracción fetal óptima de sangre materna
- Gestante en tratamiento con inmunoterapia.
- Gestante receptora de transfusión de sangre o hemoderivados.
- Gestante portadora de trasplante de órganos.

¿Qué niveles de sensibilidad y especificidad tiene el TPNI?

El TPNI tiene una sensibilidad y especificidad muy elevada para la trisomía 21 (99,3% y 99,9%, respectivamente) y ligeramente inferior para la trisomía 13 y 18 (97,4% y 99,9%, respectivamente). Sin embargo, no tiene capacidad 100% diagnóstica, por lo que no debería utilizarse como método de diagnóstico definitivo cuando los resultados son positivos.

¿Cuál es la relación costo-efectividad del TPNI?

Según el estudio realizado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España para la "Guía de análisis de ADN fetal en sangre materna para la detección de trisomías 21, 18 y 13":

▶ El cribado con TPNI tiene menor coste económico para el Sistema Nacional de Salud y una disminución de la tasa de pérdidas fetales asociadas a pruebas invasivas, en comparación con el cribado habitual.

▶ La efectividad del TPNI comparado con el screening combinado es menor en términos de detección de trisomías cromosómicas 21, 18 y 13.

Conclusiones:

▶ La principal indicación para la realización del TPNI es un resultado de alto riesgo en la prueba combinada de cribado. Se desaconseja su uso si <10 semanas gestacionales, translucencia nucal > 3,5 mm y gestación múltiple, entre otros.

▶ La sensibilidad y especificidad es mayor para el cribado de la trisomía 21 vs trisomía 13/18.

▶ Tiene un menor coste económico vs cribado combinado, pese a disminuir ligeramente la efectividad.

Bibliografía

1.- Harraway J. Non-invasive prenatal testing. *Rev Aust Fam Physician*: 2017; 46(10): 735-9.

2.- Alcalde P, Melendo E, Forcen B. Prueba prenatal no invasiva. *Rev Sanitaria Invest*. 2021. 37(1): 1-5.

3.- Quiroga MI, Díaz A. Diagnóstico prenatal de anomalías cromosómicas: examen prenatal no invasivo. *Rev Peru Gin Obst*. Lima: 2016; 62(3): 265-8.

4.- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Análisis de ADN fetal en sangre materna para la detección de trisomías 21, 18 y 13. Santa Cruz de Tenerife: 2016; 1-254.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 188

Tratamiento con PRP (plasma rico en plaquetas) en heridas crónicas

Parreño Alcolado, María
Benavent Cano, Ana Belén
Núñez de Arenas Martín-Consuegra, Mª Cruces Nazaret
Bravo Herrero, María
Díaz Suárez, Marta
Oliver García, Mª Ángeles

TRATAMIENTO CON PRP (PLASMA RICO EN PLAQUETAS) EN HERIDAS CRÓNICAS

AUTORES: MARÍA PARREÑO ALCOLADO, ANA BELEN BENAVENT CANO, MªCRUZES NAZARET NUÑEZ DE ARENAS MARTIN-CONSUEGRA, MARTA DIAZ SUÁREZ, MARIA BRAVO HERRERO, Mª ANGELES OLIVER GARCÍA

INTRODUCCIÓN

Una herida crónica, es una lesión que puede afectar a dermis, epidermis y en algunos casos al musculo y hueso, y cuya cicatrización no progresa de manera oportuna o presenta una escasa o nula tendencia a la cicatrización

La cicatrización de las heridas es un proceso natural que restaura la integridad de la piel después de una lesión tisular.

Las plaquetas tienen un papel fundamental en la cicatrización, siendo un elemento importante en la modulación de la inflamación y su actividad antibacteriana.

El PRP es un procedimiento utilizado en diversos campos de la medicina, y su uso se ha descrito en una amplia variedad de patologías y situaciones clínicas.El tratamiento de las heridas con este tipo de terapia basada en el PRP, puede ser una alternativa eficaz en el manejo de heridas crónicas resistentes a los tratamientos convencionales.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es valorar la eficacia, efectividad y eficiencia de la aplicación de PRP autólogo como tratamiento de heridas crónicas. Así como, valorar el tiempo de cicatrización y el dolor experimentado por el paciente, aspectos clave en la evolución de heridas crónicas.

MATERIAL Y METODO

Se realizó una revisión bibliográfica sistemática sobre la eficacia, efectividad y eficiencia del PRP en el tratamiento local de heridas crónicas.

Para ello se utilizaron las bases de datos medline, cuiden, scielo y scholar.

En la búsqueda se utilizaron palabras clave como: PRC (plasma rico en plaquetas), cicatrización, herida crónica, úlcera.

RESULTADOS

En la actualidad, los estudios clínicos realizados de tipo experimental y observacional, tiene resultados positivos en cuanto a eficacia y eficiencia en el uso de PRP como terapia de cicatrización en heridas crónicas.

En cuanto a la efectividad de este tipo de tratamiento, según los estudios clínicos realizados, (ensayos clínicos y estudios observacionales) no aportan resultados relevantes con alta evidencia científica.

PALABARAS CLAVE: PRC (plasma rico en plaquetas), cicatrización, herida crónica, úlcera.

CONCLUSIÓN

Existen resultados favorecedores en cuanto a eficacia y eficiencia del uso con PRP como alternativa en el tratamiento de las heridas crónicas, con una sustancial reducción del área de la herida, así como, una disminución en el tiempo de cicatrización de la lesión.

En la actualidad, en relación a la efectividad del procedimiento, no se evidencia una mejoría estadísticamente significativa en el manejo con PRP en comparación con las curas convencionales.

El escaso número y la cantidad deficiente de los ensayos clínicos que encontramos en la literatura puede explicar la ausencia de evidencias claras.

En lesiones como el pie diabético, si existen evidencias de reducción de tiempo de cicatrización y disminución del área de la herida tras usar el tratamiento de PRP en este tipo de lesiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martinez-Zapata MJ, Martí-Carvajal AJ, Solà I, Expósito JA, Bolíbar I, Rodriguez L, et al. Autologous platelet-rich plasma for treating chronic wounds. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2012 [citado el 14 de junio de 2023];10(10):CD006899. Disponible en: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006899.pub2/abstract/es
2. Montero EC. Papel del plasma rico en plaquetas (PRP) en el tratamiento de las úlceras cutáneas crónicas [Internet]. Elena Conde Montero. 2015 [citado el 14 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.elenaconde.com/papel-del-plasma-rico-en-plaquetas-prp-en-el-tratamiento-de-las-ulceras-cutaneas-cronicas/
3. De la Torre Barbero MJ, Estepa Luna MJ, Rubio Moreno J. Uso del Plasma Rico en Plaquetas para el tratamiento de las úlceras de miembro inferior. Estudio piloto. Rev enferm vasc [Internet]. 2020 [citado el 14 de junio de 2023];3(6):15–21. Disponible en: https://revistaenfermeriavascular.es/index.php/revistaenfermeriavascular/article/view/77
4. Seguridad, efectividad clínica y coste-efectividad del plasma rico en plaquetas para el tratamiento de heridas crónicas [Internet]. SESCS. 2018 [citado el 14 de junio de 2023]. Disponible en: https://funcanis.es/seguridad-efectividad-clinica-y-coste-efectividad-del-plasma-rico-en-plaquetas-para-el-tratamiento-de-heridas-cronicas/
5. Plasma rico en plaquetas (PRP) [Internet]. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. 2020 [citado el 14 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/medicamentos-de-uso-humano/acceso-a-medicamentos-en-situaciones-especiales/plasma-rico-en-plaquetas-prp/

Resumen: Con nuestro trabajo, hemos querido investigar sobre el tratamiento que se lleva a cabo en heridas crónicas de difícil cicatrización con PRP haciendo una revisión de la bibliografía, valorando datos de eficacia, efectividad y eficiencia de esta terapia.

Tras revisar diversos estudios, hemos observado que hay una gran evidencia científica sobre eficacia y eficiencia de esta terapia, pero en cuanto la efectividad no hay estudios concluyentes que evidencien una mejora sustancial con respecto a las curas convencionales de este tipo de lesiones. El escaso número de estudios que encontramos en la literatura puede explicar la ausencia de evidencias claras.

Palabras clave: PRC (plasma rico en plaquetas), cicatrización, herida crónica, úlcera.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Una herida crónica, es una lesión que puede afectar a dermis, epidermis y en algunos casos al musculo y hueso, y cuya cicatrización no progresa de manera oportuna o presenta una escasa o nula tendencia a la cicatrización.

Con respecto a las ulcera neuropática (UN), se definen como lesión que tiene como causa de inicio y evolución una alteración sensorial, este tipo de lesiones suelen ser frecuentes en personas con diabetes mellitus.

Por otro lado, las ulceras de etiología venosa (UEV), son lesiones con pérdida de sustancia dermoepidérmica en las extremidades inferiores, las cuales no cicatrizan de forma espontanea y tiene gran tendencia a la recidiva. La recidiva, siendo esta la complicación más grave.

La cicatrización de las heridas es un proceso natural que restaura la integridad de la piel después de una lesión tisular.

Las plaquetas tienen un papel fundamental en la cicatrización, ya que son fragmentos celulares que contienen gránulos alfa, factores de crecimiento, interleucina entre otros componentes. Las plaquetas, tienen un papel activo e importante en la modulación de la inflamación y su actividad antibacteriana.

El plasma rico en plaquetas (PRP) se define como un volumen de plasma que contiene una concentración de plaquetas entre 4 a 6 veces superior a la de la sangre. El PRP es un procedimiento utilizado en diversos campos de la medicina, y su uso se ha descrito en una amplia variedad de patologías y situaciones clínicas.

En relación a los métodos utilizados para la obtención del PRP, tradicionalmente precisaban gran cantidad de sangre, utilizando técnicas como la plasmaféresis.

Actualmente, gracias a investigaciones y avances hechos en este campo como los del Doctor Anitua y su equipo, se puede obtener PRP rico en factores de crecimiento de forma ambulatoria en laboratorio convencional. Estos avances, hacen de este tipo de terapia una alternativa eficiente, dada la reducción de costes que ello supone.

Esta técnica consiste en la extracción de sangre mediante venopunción; la sangre extraída, se mezcla en un tubo con citrato sódico para evitar su coagulación, se centrifuga a una velocidad y tiempos determinados, de forma que se separan los elementos formes pesados de los más ligeros, para su posterior decantación. Conseguida la decantación de los distintos componentes sanguíneos, se extraen las fracciones de plasma con menor concentración en plaquetas, aspirando desde la superficie, hasta llegar a la zona del plasma con mayor concentración de plaquetas.

El tratamiento de las heridas con este tipo de terapia basada en el PRP, puede ser una alternativa eficaz en el manejo de heridas crónicas resistentes a los tratamientos convencionales.

Dado el creciente crecimiento de uso de plasma rico en plaquetas en diferentes campos de la medicina en los últimos años, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) considera, desde el 23 de mayo de 2013, que el PRP es un medicamento de uso humano.

Objetivos:

El objetivo de este estudio es determinar la eficacia, efectividad y eficiencia de la aplicación de PRP autólogo como tratamiento de heridas crónicas. Así como, valorar el tiempo de cicatrización y el dolor experimentado por el paciente, aspectos clave en la evolución de heridas crónicas.

Material y Método:

Se realizó una revisión bibliográfica sistemática sobre la eficacia, efectividad y eficiencia del PRP en el tratamiento local de heridas crónicas. Para ello se utilizaron las bases de datos medline, cuiden, scielo y scholar. En la búsqueda se utilizaron palabras clave como: PRC (plasma rico en plaquetas), cicatrización, herida crónica, úlcera.

Se han revisado diferentes trabajos de investigación, así como, artículos científicos y estudios clínicos donde se aplica este tipo de terapia.

Resultados:

En la actualidad, los estudios clínicos realizados de tipo experimental y observacional, tiene resultados positivos en cuanto a eficacia y eficiencia en el uso de PRP como terapia de cicatrización en heridas crónicas.

En cuanto a la efectividad de este tipo de tratamiento, según los estudios clínicos realizados, (ensayos clínicos y estudios observacionales) no aportan resultados relevantes con alta evidencia científica.

Conclusión:

Tras revisar la bibliografía existente, concluimos que existen resultados favorecedores en cuanto a eficacia y eficiencia del uso con PRP como alternativa en el tratamiento de las heridas crónicas, con una sustancial reducción del área de la herida, así como, una disminución en el tiempo de cicatrización de la lesión.

En relación a la eficiencia de esta terapia, estudios como el realizado en 2012 en el servicio de Dermatología del HGU Gregorio Marañón, donde se comenzó a tratar úlceras crónicas con PRP, con técnicas de obtención del plasma de forma ambulatoria con respecto a técnicas más costosas

como la plasmaféresis, reduciendo con ello las estancias hospitalarias, así como la disminución del gasto en material sanitario, como apósitos bioactivos, hacen que esta terapia sea ventajosa en relación coste-beneficio.

En la actualidad, en relación a la efectividad del procedimiento, no se evidencia una mejoría estadísticamente significativa en el manejo con PRP en comparación con las curas convencionales, lo que contrasta con los excelentes datos obtenidos en algunos estudios clínicos aislados. El escaso número y la cantidad deficiente de los ensayos clínicos que encontramos en la literatura puede explicar la ausencia de evidencias claras.

Aunque existen poco estudios con resultados claros de efectividad, en lesiones como el pie diabético, si existen evidencias de reducción de tiempo de cicatrización y disminución del área de la herida tras usar el tratamiento de PRP en este tipo de lesiones.

En cuanto al dolor, como complicación frecuente en este tipo de lesiones, no se obtuvieron evidencias de que hubiera una disminución sustancial del mismo.

Bibliografía

1.- Martinez-Zapata MJ, Martí-Carvajal AJ, Solà I, Expósito JA, Bolíbar I, Rodríguez L, et al. Autologous platelet-rich plasma for treating chronic wounds. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2012 [citado el 14 de junio de 2023];10(10):CD006899. Disponible en: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006899.pub2/abstract/es

2.- Montero EC. Papel del plasma rico en plaquetas (PRP) en el tratamiento de las úlceras cutáneas crónicas [Internet]. Elena Conde Montero. 2015 [citado el 14 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.elenaconde.com/papel-del-plasma-rico-en-plaquetas-prp-en-el-tratamiento-de-las-ulceras-cutaneas-cronicas/

3.- De la Torre Barbero MJ, Estepa Luna MJ, Rubio Moreno J. Uso del Plasma Rico en Plaquetas para el tratamiento de las úlceras de miembro inferior. Estudio piloto. Rev enferm vasc [Internet]. 2020 [citado el 14 de junio de 2023];3(6):15–21. Disponible en: https://revistaevascular.es/index.php/revistaenfermeriavascular/article/view/77

4.- Seguridad, efectividad clínica y coste-efectividad del plasma rico en plaquetas para el tratamiento de heridas crónicas [Internet]. SESCS. 2018 [citado el 14 de junio de 2023]. Disponible en: https://funcanis.es/seguridad-efectividad-clinica-y-coste-efectividad-del-plasma-rico-en-plaquetas-para-el-tratamiento-de-heridas-cronicas/

5-. Plasma rico en plaquetas (PRP) [Internet]. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. 2020 [citado el 14 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/medicamentos-de-uso-humano/acceso-a-medicamentos-en-situaciones-especiales/plasma-rico-en-plaquetas-prp/

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 189

Tratamiento de Fisioterapia en la parálisis facial periférica.

García Domínguez, Pedro Javier

TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN LA PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA

I. Introducción

La **parálisis facial** consiste en la pérdida total o parcial del movimiento voluntario muscular de un lado de la cara. En la mayoría de los casos es idiopática, aunque puede tener etiología variada. Se manifiesta clínicamente por la imposibilidad de cerrar el ojo, sonreír, levantar la ceja, etc.

II. Observación clínica

→ Valoración y exploración física:

•Ptosis palpebral en ojo derecho, incapacidad para cerrar el ojo derecho, y caída de la comisura de la boca del mismo lado.
•Sensibilidad alterada en lado derecho de la cara, con sensación de ``pastosidad´´.
•Se detecta hipertonía en prácticamente la totalidad de la musculatura de la cara del lado izquierdo, a consecuencia de la compensación.
•A nivel emocional, se observa decaimiento del estado anímico a consecuencia de la patología.
•No habla mucho ni realiza expresiones por la dificultad que entraña. Igualmente dificultad para comer y beber.

→ Antecedentes y signos de alerta:

• Sin patologías anteriores ni antecedentes familiares.
• Sin alergias a medicamentos.
• Fumadora de 2 paquetes de tabaco diarios.
• Nivel de estrés muy alto, a raíz del trabajo y cuidado de hijos.

→ Diagnóstico de fisioterapia:

• Parálisis facial periférica (parálisis de Bell), de origen idiopático, que cursa con alteración muscular y sensitiva de la zona derecha de la cara.

III. Plan de cuidados

→ Objetivos:

•Fortalecer y restaurar el tono en musculatura del lado derecho de la cara.
•Enseñar rutina de ejercicios para realizar frente a espejo para trabajar de manera autónoma.
•Trabajar en aceptación de patología y evitar la afectación emocional.
•Relajar y normalizar el tono en musculatura del lado izquierdo de la cara.
•Trabajar la sensibilidad en toda la musculatura facial.
•Mejorar la comunicación y habla con ejercicios.

→ Tratamiento:

•Estiramiento de la musculatura facial.
•Movilización y fortalecimiento mediante ejercicios de la musculatura facial afectada.
•Termoterapia superficial para preparación de la musculatura previa al tratamiento más específico.
•Acupuntura superficial y suave en diferentes puntos en función de la musculatura afectada.
•Electroterapia: TENS y láser de baja potencia.
•Ejercicios frente al espejo: trabajo de gestos que de manera cotidiana realiza la cara, muecas, etc.

IV. Discusión

• Se observa desde la primera semana una clara mejoría en la evolución de la parálisis, mejorando el tono en la hipotonía causada en el lado derecho, como normalización del tono que por compensación había en el lado izquierdo.
• Desde la segunda hasta la cuarta semana la paciente se encuentra mucho más motivada y con un estado anímico mejor debido a la mejoría que ella misma aprecia al realizar los ejercicios frente al espejo. Cabe destacar que la parálisis facial periférica tiene un gran factor emocional, ya que sumado al problema en sí aparecen los problemas de estigma social.
• Una vez finalizado el tratamiento en sala, tras cuatro semanas, se recomienda y se dan pautas para continuar el tratamiento en domicilio, en el que nos centraremos en los ejercicios de estiramientos y fortalecimiento frente al espejo, y trabajar la simetría de ambos lados de la cara.
• 8 semanas desde el comienzo del tratamiento, la paciente acude de nuevo a la consulta de fisioterapia observándose una recuperación total de la patología, con una simetría total de ambos lados de la cara y una normalización del tono.

V. Conclusiones

La evolución de la paciente es favorable, tanto de la lesión como en su estado anímico, por lo que los objetivos planteados están cumpliéndose. Una actitud colaboradora, con ánimo y ganas de mejorar es imprescindible. Se debe seguir con el tratamiento a largo plazo en casa para evitar estancamientos y poder seguir progresando hasta el restablecimiento total de la lesión. Todas las técnicas de fisioterapia utilizadas en conjunto hacen que el resultado del tratamiento sea mayor, sobre todo el trabajo frente al espejo, que le ofrece al paciente un mayor feedback. La evidencia científica demuestra que el tratamiento fisioterápico en la parálisis facial periférica ofrece grandes resultados y es de utilidad.

Pedro Javier García Domínguez

SATSE

Resumen: Tratamiento de fisioterapia en paciente que sufre una parálisis facial periférica (Parálisis de Bell). Se realiza una observación y valoración del paciente para determinar con exactitud la musculatura afectada y acordar un tratamiento óptimo. Se realiza durante cuatro semanas el tratamiento en la sala de fisioterapia, y durante cuatro semanas continúa realizando los ejercicios pautados en casa. El resultado es una recuperación total de la lesión, en la que se comparan ambos lados de la cara y se observa simetría entre ambas, por lo que se determina que el tratamiento fisioterápico en la parálisis facial periférica es de utilidad.

Palabras clave: Parálisis facial, Parálisis de Bell, Acupuntura

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La parálisis facial consiste en la pérdida total o parcial del movimiento voluntario muscular de un lado de la cara. En la mayoría de los casos es idiopática, aunque puede tener etiología variada. Se manifiesta clínicamente por la imposibilidad de cerrar el ojo, sonreír, levantar la ceja, etc.

Observación clínica:

Valoración y exploración física:

• Ptosis palpebral en ojo derecho, incapacidad para cerrar el ojo derecho, y caída de la comisura de la boca del mismo lado.

• Sensibilidad alterada en lado derecho de la cara, con sensación de ``pastosidad´´.

• Se detecta hipertonía en prácticamente la totalidad de la musculatura de la cara del lado izquierdo, a consecuencia de la compensación.

• A nivel emocional, se observa decaimiento del estado anímico a consecuencia de la patología.

• No habla mucho ni realiza expresiones por la dificultad que entraña. Igualmente dificultad para comer y beber.

Antecedentes y signos de alerta:

• Sin patologías anteriores ni antecedentes familiares.

• Sin alergias a medicamentos.

• Fumadora de 2 paquetes de tabaco diarios.

• Nivel de estrés muy alto, a raíz del trabajo y cuidado de hijos.

Diagnóstico de fisioterapia:

• Parálisis facial periférica (parálisis de Bell), de origen idiopático, que cursa con alteración muscular y sensitiva de la zona derecha de la cara.

Resultados

Plan de Cuidados:

Objetivos

• Fortalecer y restaurar el tono en musculatura del lado derecho de la cara.

• Enseñar rutina de ejercicios para realizar frente a espejo para trabajar de manera autónoma.

• Trabajar en aceptación de patología y evitar la afectación emocional.

• Relajar y normalizar el tono en musculatura del lado izquierdo de la cara.

• Trabajar la sensibilidad en toda la musculatura facial.

• Mejorar la comunicación y habla con ejercicios.

Tratamiento

• Estiramiento de la musculatura facial.

• Movilización y fortalecimiento mediante ejercicios de la musculatura facial afectada.

• Termoterapia superficial para preparación de la musculatura previa al tratamiento más específico.

• Acupuntura superficial y suave en diferentes puntos en función de la musculatura afectada.

• Electroterapia: TENS y láser de baja potencia.

• Ejercicios frente al espejo: trabajo de gestos que de manera cotidiana realiza la cara, muecas, etc.

Discusión:

Se observa desde la primera semana una clara mejoría en la evolución de la parálisis, mejorando el tono en la hipotonía causada en el lado derecho, como normalización del tono que por compensación había en el lado izquierdo.

Con el paso de las semanas se observa a la paciente mucho más motivada y con un estado anímico mejor debido a la mejoría que ella misma aprecia al realizar los ejercicios frente al espejo. Cabe destacar que la parálisis facial periférica tiene un gran factor emocional, ya que sumado al problema en sí aparecen los problemas de estigma social.

Finalizado el tratamiento en sala, se dan pautas para continuar el tratamiento en domicilio, en el que nos centraremos en los ejercicios de estiramientos y fortalecimiento frente al espejo, y trabajar la simetría de ambos lados de la cara. El paciente acude después de la octava semana de tratamiento, en la cual se observa un restablecimiento total de la lesión, y una simetría total de ambos lados de la cara.

Conclusiones:

La evolución del paciente es favorable, tanto de la lesión como en su estado anímico, por lo que los objetivos planteados están cumpliéndose. Una actitud colaboradora, con ánimo y ganas de mejorar es imprescindible. Se debe seguir con el tratamiento a largo plazo en casa para evitar estancamientos y poder seguir progresando hasta el restablecimiento total. La evidencia científica

demuestra que el tratamiento fisioterápico en la parálisis facial periférica ofrece grandes resultados y es de utilidad..

Bibliografía

1.- Macías-Hernández SI, Lomelí-Rivas A, Baños T, Flores J, Sánchez M, Miranda-Duarte A. Efectos del láser de baja potencia en el tratamiento de la parálisis facial periférica aguda. Rehabil. 2012;46(3):187–92.

2.-Pu JK-S, Wong SC-S, So KH-T, Tsang AC-O, Li L-F. Acupuncture as part of iatrogenic facial nerve palsy rehabilitation-first report. World Neurosurg. 2020;140:e343–7.

3.- Gil-Martínez A, Lerma-Lara S, Hernando-Jorge A, Campos-Vegas A, Aceval A, Pagés-Scasso R, et al. Influence of mirror therapy (Specular Face software) on electromyographic behavior of the facial muscles for facial palsy. Brain Sci. 2021;11(7):930.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 190

Tratamiento de Herida próxima a una Fistula Arteriovenosa con Blastoestimulina.

Pérez Trenado, Mª del Prado
Del Hoyo Serrano, Mª Jesús
Monescillo Ruedas, Alejandra
Gonzalez Molina, Alberto
Broceño del Hoyo, Laura
Villalta Antequera, Elena

TRATAMIENTO DE HERIDA PRÓXIMA A UNA FÍSTULA ARTERIOVENOSA CON BLASTOESTIMULINA



INTRODUCCIÓN

Todos los pacientes en hemodiálisis precisan de un acceso vascular que se encuentren en buenas condiciones para una hemodiálisis eficaz.
Cuando el acceso presenta dificultades de punción y canalización, está indicado realizar una superficialización del vaso.
Alguna de las complicaciones de esta intervención son los problemas en la cicatrización, la necrosis de bordes de la herida e infección.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

En nuestra Clínica de Hemodiálisis de Ciudad Real (AVERICUM), centro concertado con el SESCAM, nos encontramos con un caso de complicación en la superficialización de un acceso vascular. Es un varón de 87 años, ex fumador, HTA, obesidad, hiperlipemia; diagnosticado ERC estadio V secundaria a depósito de cadena ligera, incluido en el programa de hemodiálisis el 2 de julio 2018. Realiza 3 sesiones de HD semanales de manera habitual. No incluido en lista de trasplante renal por comorbilidades específicas.

Tras la aparición de repetitivas heridas en FAVI es derivado a consulta de vascular donde se diagnóstica pseudoaneurisma en FAV H-C MSD con lesión trófica varios milímetros sin sobreinfección, TRILL correcto. Se indica por parte de vascular resección de la lesión y reparación de la misma.
Hasta el día de la intervención, curamos la herida con suero fisiológico + blastoestimulina + apósito oclusivo, se harán estas curas cada sesión de HD.

La blastoestimulina 10mg/g: Es un medicamento cicatrizante con acción antibiótica cuyo principio activo es el extracto de Centella asiática, la cuál promueve, protege y acelera la cicatrización. También contiene neomicina, que cubre ampliamente el espectro bacteriano para garantizar plenamente la eficacia antiifecciosa del producto.





El día 30 de Mayo de 2023, previa valoración por anestesia, que no contraindica la cirugía, se realiza aneurismorrafia de la zona dilatada con decúbito cutáneo bajo anestesia general, sin incidencias durante la intervención y quedando con buen THRILL la fístula.

Se tienen que realizar: Curas DIARIAS de la herida quirúrgica con agua, jabón y betadine; se indica paracetamol cada 8h, en caso de dolor y retirada de grapas en 7-10 días, en el centro de hemodiálisis.



PLAN DE CUIDADOS:

DIAGNÓSTICO	OBJETIVOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
00004. Riesgo de infección. Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.	1609. Conducta terapéutica: enfermedad o lesión. 1807. Conocimiento: control de la infección. 1902. Control del riesgo. 1908. Detección del riesgo.	3660. Cuidado de las heridas. 6540. Control de infecciones. 6550. Protección contra las infecciones.
00046. Deterioro de la integridad cutanea. Alteración de la epidermis, la dermis o ambas.	1102. Curación de la herida: por primera intención. 1103. Curación de la herida: por segunda intención.	3440. Cuidado del sitio de incisión. 3590. Vigilancia de la piel. 3660. Cuidado de las heridas.
00132. Dolor agudo. Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o descrita en tales términos.	1605. Control del dolor. 2102. Nivel del dolor.	1400. Manejo del dolor. 2210. Administración de analgésicos. 2380. Manejo de la medicación.

DISCUSIÓN:

Cuando se inicio el tratamiento de cura con blastoestimulina la herida no presentaba olor, era sangrante y con bordes amarillos; el paciente no presentaba dolor. En la sesión siguiente encontramos el apósito con poca secreción serohemática, sin olor y los bordes continuaban enrojecidos.
Al cabo de 4 sesiones de HD la herida había mejorado notablemente, el apósito se mantenía limpio, y la herida se mantenía seca, con una pequeña costra.

CONCLUSIONES:

La aplicación de la blastoestimulina en el tratamiento de herida próxima a una FAVI ha tenido un efecto beneficioso en el paciente, por lo que para heridas de características similares podría ser más efectivo este tipo de tratamiento, que el tratamiento convencional con suero fisiológico y povidona yodada. Además de rotar el punto de punción cada sesión con el fin de facilitar la coagulación y la supervivencia del acceso, ya que jugaría un papel profiláctico en la aparición de heridas de este tipo.

Autores: María del Prado Pérez Trenado, María Jesús del Hoyo Serrado, Alberto González Molina, Alejandra Monescillo Ruedas, Elena Villalta Antequera y Laura Broceño del Hoyo

Resumen: Los aneurismas, la hemorragia y la rotura de los accesos vasculares para hemodiálisis son complicaciones que ponen en peligro el acceso vascular.

Se desarrollan aneurismas en el 5-8% de los angioaccesos para hemodiálisis. Los aneurismas verdaderos se localizan con mayor frecuencia en la vena de la fistulas autólogas, mientras que las fistulas protésicas son más frecuentes los pseudoaneurismas (como es nuestro caso clínico). El diagnóstico suele hacerse por la exploración física, mediante eco Doppler o la realización de un tratamiento quirúrgico.

Palabras clave: Herida, Blastoestimulina, FAVI

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Todos los pacientes en hemodiálisis precisan de un acceso vascular que se encuentren en buenas condiciones para una hemodiálisis eficaz.

Cuando el acceso presenta dificultades de punción y canalización, está indicado realizar una superficialización del vaso.

Alguna de las complicaciones de esta intervención son los problemas en la cicatrización, la necrosis de bordes de la herida e infección.

Observación clínica:

En nuestra Clínica de Hemodiálisis de Ciudad Real (AVERICUM), centro concertado con el Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM), nos encontramos con un caso de complicación en la superficialización de un acceso vascular. Es un varón de 87 años, ex fumador, HTA, obesidad, hiperlipemia; diagnosticado ERC estadio V secundaria a depósito de cadena ligera, incluido en el programa de hemodiálisis el 2 de julio 2018. Realiza 3 sesiones de HD semanales de manera habitual. No incluido en lista de trasplante renal por comorbilidades específicas.

Tras la aparición de repetitivas heridas en FAVI es derivado a consulta de vascular donde se diagnóstica pseudoaneurisma en FAV H-C MSD con lesión trófica varios milímetros sin sobreinfección, TRILL correcto. Se indica por parte de vascular resección de la lesión y reparación de la misma. Consentimiento firmado y pendiente de intervención. Pendiente de colocación de acceso venoso temporal.

Hasta el día de la intervención, curamos la herida con, suero fisiológico + blastoestimulina + apósito oclusivo, se harán estas curas cada sesión de HD.

Las curas se han realizado limpiando con suero fisiológico y tras secar, se ha aplicado la blastoestimulina; a continuación, se ha cubierto la herida con un apósito, el cual será retirado en la próxima sesión de HD.

La blastoestimulina 10mg/g: Es un medicamento cicatrizante con acción antibiótica cuyo principio activo es el extracto de Centella asiática, la cual promueve, protege y acelera la cicatrización.

También contiene neomicina, que cubre ampliamente el espectro bacteriano para garantizar plenamente la eficacia antiinfecciosa del producto.

El modo de uso según las indicaciones técnicas del producto es el siguiente: Aplicar de 1 a 3 veces al día sobre la zona a tratar, previamente lavada y seca.

En el momento en el que se instauraron las curas se llevaron a cabo las siguientes actividades: Seguimiento por escrito de la evolución de la herida en cuanto a la apariencia visual, longitud o presencia de exudado. Registro del método de cura y material utilizado cada día. Se hicieron fotografías periódicas para tener constancia de la evolución de la herida, y permitir comparaciones.

El día 30 de Mayo de 2023, previa valoración por anestesia, no contraindica la cirugía, se realiza aneurismorrafia de la zona dilatada con decúbito cutáneo bajo anestesia general, sin incidencias durante la intervención y quedando con buen THRILL la fístula.

Se tienen que realizar: Curas DIARIAS de la herida quirúrgica con agua, jabón y betadine; se indica paracetamol cada 8h en caso de dolor y retirada de grapas en 7-10 días en el centro de hemodiálisis.

Plan de Cuidados:

Diagnóstico:

00004. Riesgo de infección.

Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.

NOC:

1101. Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

1609. Conducta terapéutica: enfermedad o lesión.

1807. Conocimiento: control de la infección.

1902. Control del riesgo.

1908. Detección del riesgo.

NIC:

3660. Cuidado de las heridas.

6540. Control de infecciones.

6550. Protección contra las infecciones.

Diagnostico:

00046. Deterioro de la integridad cutánea.

Alteración de la epidermis, la dermis o ambas.

NOC:

1101. Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

1102. Curación de la herida: por primera intención.

1103. Curación de la herida: por segunda intención.

NIC:

3440. Cuidado del sitio de incisión.

3590. Vigilancia de la piel.

3660. Cuidado de las heridas.

Diagnostico:

00132. Dolor agudo.

Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o descrita en tales términos.

NOC:

1605. Control del dolor.

2102. Nivel del dolor.

NIC:

1400. Manejo del dolor.

2210. Administración de analgésicos.

2380. Manejo de la medicación.

Discusión:

Cuando se inició el tratamiento de cura con blastoestimulina la herida no presentaba olor, era sangrante y con bordes amarillos; el paciente no presentaba dolor. En la sesión siguiente encontramos el apósito con poca secreción serohemática, sin olor y los bordes continuaban enrojecidos.

Al cabo de 4 sesiones de HD la herida había mejorado notablemente, el apósito se mantenía limpio, y la herida se mantenía seca, con una pequeña costra.

Conclusión:

La aplicación de la blastoestimulina en el tratamiento de herida próxima a una FAVI ha tenido un efecto beneficioso en el paciente, por lo que para heridas de características similares podría ser más efectivo este tipo de tratamiento, que el tratamiento convencional con suero fisiológico y povidona yodada.

Además de rotar el punto de punción cada sesión con el fin de facilitar la coagulación y la supervivencia del acceso, ya que jugaría un papel profiláctico en la aparición de heridas de este tipo.

Bibliografía

1.- Historia clínica del fichero de la clínica de diálisis de Ciudad Real (AVERICUM)

2.- J.C. Bohórquez-Sierra, E. Doiz-Artázcoz, F. Arribas-Aguilar, C. Bohórquez-Sierra. Accesos vasculares para hemodiálisis. Complicaciones: aneurismas verdaderos y falsos, hemorragias y roturas del acceso vascular. ANGIOLOGÍA 2005; 57 (Supl 2): S117-S127.

3.- T. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones Y Clasificación 2021-2023. Edición Hispanoamericana: 2021.

4.- Moorhead S, Swanson E, Johnson M & Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.

5.- Butcher M, Bulechek G, Dochterman JM & Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 191

Tratamiento de Hipotensión en Hemodiálisis

Navarro Díez, Macarena
González Redondo, María

TRATAMIENTO DE HIPOTENSIÓN EN HEMODIÁLISIS

INTRODUCCIÓN:

La hemodiálisis reemplaza a dos de las funciones más importantes de los riñones que fallan: eliminar el exceso de líquidos del cuerpo y limpiar la sangre, al eliminar el exceso de electrolitos y de residuos metabólicos.
La hipotensión arterial durante la hemodiálisis (HID) es probablemente la complicación más frecuente asociada a este proceder, a pesar de la mejoría que ha existido en la tecnología dialítica. Ocurre entre el 10 y el 30 % de los tratamientos y aunque no está totalmente dilucidado su origen, es claramente multifactorial y algunos de los factores están relacionados con el paciente y otros con el proceder dialítico.

OBJETIVO:

-Conocer el tratamiento para la hipotensión en los pacientes renales durante la sesión de hemodialsis.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realiza una revisión bibliográfica de la literatura científica sobre la hipotensión en hemodiálisis y su tratamiento.
Utilizamos la Biblioteca Cochrane Plus y las bases de datos Medline y CUIDEN. Además hemos revisado también guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica (SEDEN).
Palabras clave: **"hipotensión" "ultrafiltración '' y "hemodiálisis''**

SATSE

RESULTADOS:

Varios estudios clínicos sugirieron que la reducción de la temperatura del dializado, como la reducción fija de la temperatura del dializado o el dializado isotérmico mediante un sistema de biorretroalimentación, podría mejorar la tasa de HDI.
La albúmina puede usarse como profilaxis para la preservación del volumen sanguíneo y de la tensión arterial durante la hemodiálisis en pacientes considerados en riesgo de hipotensión.
La temperatura del dializado también puede reducirse para aumentar la contractilidad miocárdica y la vasoconstricción periférica, la tasa de ultrafiltración puede regularse estrechamente, o la duración de la diálisis o la tolerancia cardiovascular pueden aumentarse con ultrafiltración secuencia.

CONCLUSIONES:

Los dispositivos para monitorizar los cambios intradialíticos en el volumen de sangre han sido recomendados para minimizar la hipotensión en la diálisis basándose en el hecho de que la probabilidad de desarrollar hipotensión siempre comporta aproximadamente la misma reducción del volumen sanguíneo; no obstante, la mayoría de los estudios no han encontrado una estrecha relación entre cambios individuales en el volumen sanguíneo y la incidencia de hipotensión.
El origen del trastorno es multifactorial (edad, comorbilidad asociada, características de la sesión de HD, predisposición del paciente, etc), por lo que las intervenciones habituales utilizadas también deben ser diversas, actuando sobre los distintos factores fisiopatológicos. Se debe establecer un plan de cuidados que individualice las acciones, ya que existen grandes diferencias en la tolerancia a la hipotensión.

Resumen: INTRODUCCIÓN: La hipotensión arterial durante la hemodiálisis (HID) es probablemente la complicación más frecuente asociada a este proceder, a pesar de la mejoría que ha existido en la tecnología dialítica, ocurre entre el 10 y el 30 % de los tratamientos y aunque no está totalmente dilucidado su origen, es claramente multifactorial.

OBJETIVO: Conocer el tratamiento para la hipotensión en los pacientes renales durante la sesión de hemodialsis.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza una revisión bibliográfica de la literatura científica sobre la Hipotensión en hemodiálisis y su tratamiento. Utilizamos la Biblioteca Cochrane Plus y las bases de datos Medline y CUIDEN. Además hemos revisado también guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica (SEDEN).

RESULTADOS: Varios estudios clínicos sugirieron que la reducción de la temperatura del dializado, como la reducción fija de la temperatura del dializado o el dializado isotérmico mediante un sistema de biorretroalimentación, podría mejorar la tasa de HDI.

Una vez que empieza la diálisis, es clave la intervención temprana. Puede parar su progresión colocando al paciente en posición horizontal o en una posición de Trendelenburg, suministrando 200 ml de cloruro de sodio al 0,9% en bolo, y bajando el índice de pérdida de líquido.

CONCLUSIONES: El origen del trastorno es multifactorial (edad, comorbilidad asociada, características de la sesión de HD, predisposición del paciente, etc), por lo que las intervenciones habituales utilizadas también deben ser diversas, actuando sobre los distintos factores fisiopatológicos. Se debe establecer un plan de cuidados que individualice las acciones, ya que existen grandes diferencias en la tolerancia a la hipotensión

Palabras clave: Hipotensión, Hemodiálisis, Ultrafiltración

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La hemodiálisis reemplaza a dos de las funciones más importantes de los riñones que

fallan: eliminar el exceso de líquidos del cuerpo y limpiar la sangre, al eliminar el exceso de electrolitos y de residuos metabólicos.

La hipotensión arterial durante la hemodiálisis (HID) es probablemente la complicación más frecuente asociada a este proceder, a pesar de la mejoría que ha existido en la tecnología dialítica, ocurre entre el 10 y el 30 % de los tratamientos y aunque no está totalmente dilucidado su origen, es claramente multifactorial y algunos de los factores están relacionados con el paciente (diabetes mellitus, hipertrofia del ventrículo izquierdo con disfunción diastólica, historia previa de infarto cardiaco, enfermedad coronaria, pacientes con ganancia de peso interdialítica superior al 3 % del peso corporal, pacientes anémicos, disfunción autonómica) y otros con el proceder dialítico (acetato en el líquido de diálisis, temperatura del líquido de hemodiálisis).

Objetivo:

Conocer el tratamiento para la hipotensión en los pacientes renales durante la sesión de hemodialsis.

Material y Método:

Se realiza una revisión bibliográfica de la literatura científica sobre la Hipotensión en hemodiálisis y su tratamiento. Utilizamos la Biblioteca Cochrane Plus y las bases de datos Medline y CUIDEN. Además hemos revisado también guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica (SEDEN).

Palabras clave: **"hipotensión", "ultrafiltración " y "hemodiálisis"**

Resultados:

Varios estudios clínicos sugirieron que la reducción de la temperatura del dializado, como la reducción fija de la temperatura del dializado o el dializado isotérmico mediante un sistema de biorretroalimentación, podría mejorar la tasa de HDI.

La albúmina puede usarse como profilaxis para la preservación del volumen sanguíneo y de la tensión arterial durante la hemodiálisis en pacientes considerados en riesgo de hipotensión.

La temperatura del dializado también puede reducirse para aumentar la contractilidad miocárdica y la vasoconstricción periférica, la tasa de ultrafiltración puede regularse estrechamente, o la duración de la diálisis o la tolerancia cardiovascular pueden aumentarse con ultrafiltración secuencia.

Una vez que empieza la diálisis, es clave la intervención temprana. Puede parar su progresión colocando al paciente en posición horizontal o en una posición de Trendelenburg, suministrando 200 ml de cloruro de sodio al 0,9% en bolo, y bajando el índice de pérdida de líquido.

Conclusión:

Los dispositivos para monitorizar los cambios intradialíticos en el volumen de sangre han sido recomendados para minimizar la hipotensión en la diálisis basándose en el hecho de que la probabilidad de desarrollar hipotensión siempre comporta aproximadamente la misma reducción del volumen sanguíneo; no obstante, la mayoría de los estudios no han encontrado una estrecha relación entre cambios individuales en el volumen sanguíneo y la incidencia de hipotensión. El control del volumen sanguíneo puede ser una herramienta efectiva cuando se incorpora en un sistema de retroalimentación, donde la conductividad dializada y el nivel de ultrafiltración son constantemente ajustados sobre las bases de la aportación procedente de los cambios medidos en el volumen sanguíneo.

El origen del trastorno es multifactorial (edad, comorbilidad asociada, características de la sesión de HD, predisposición del paciente, etc), por lo que las intervenciones habituales utilizadas también deben ser diversas, actuando sobre los distintos factores fisiopatológicos. Se debe establecer un plan de cuidados que individualice las acciones, ya que existen grandes diferencias en la tolerancia a la hipotensión.

Bibliografía

1.- Henderson LW. Symptomatic intradialytic hypotension and mortality: an opinionated review. Semin Dial 2012;25(3):320-5. PubMed.

2.- Pérez García R, Jofré R, López Gómez JM. Estrategias para conseguir un adecuado control de volumen en los enfermos en diálisis. Nefrologia 2002;22(Suppl 2):58-61.

3.- Agarwal R. How can we prevent intradialytic hypotension? Curr Opin Nephrol Hypertens 2012;21:593-9. PubMed.

4.- Dheehan S, Henrich WL. Preventing dialysis hypotension: a comparison of usual protective maneuvers. Kidney Int. 2001;59(3):1175-1181.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 192

Tratamiento Fisioterapéutico en Incontinencia Urinaria de esfuerzo en Deportista de Halterofilia

Sánchez Fuentes, Alicia
Risalde Santos, Blas Manuel

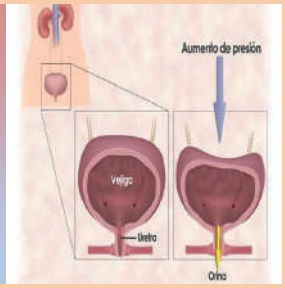
TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO EN INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN DEPORTISTA DE HALTEROFILIA

XIV CONGRESO DE INVESTICACIÓN DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA

Sánchez Fuentes, Alicia
Risalde Santos, Blas Manuel

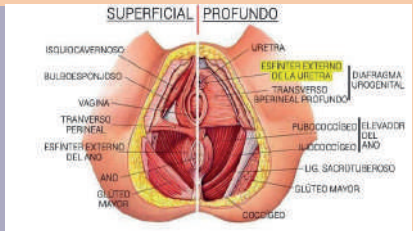
INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) consiste en la pérdida de orina mediante la realización de esfuerzos como reír, toser o hacer ejercicio.
Los deportes de alto impacto tienen mayor incidencia que los de bajo impacto, destacando sobre todo aquellos en los que se producen aumentos de la presión intraabdominal.
El incremento de las fuerzas de presión intraabdominal durante la práctica deportiva puede predisponer a padecer una incontinencia urinaria, con un debilitamiento progresivo de la musculatura del suelo pélvico.
Ante un aumento en la presión intraabdominal surge una contracción refleja del suelo pélvico que la contrarresta.
Un exceso trabajo de la musculatura abdominal o una débil actividad del elevador del ano harían imposible esta respuesta refleja, lo que podría explicar la aparición de la incontinencia urinaria en las deportistas.
La clasificación en función de la gravedad, de la Incontinencia Urinaria es:
Grado I: incontinencia leve, con descenso vesical mínimo.
Grado II: incontinencia frecuente, con descenso vesical hacía en introito vaginal con el esfuerzo.
Grado III: incontinencia permanente, con descenso vesical hacia el introito vaginal sin necesidad de esfuerzo.
Grado IV: prolapso vesical a través de los labios vulvares.



OBJETIVOS

La fisioterapia ha adquirido el valor de tratamiento fundamental para esta enfermedad, por ello, el objetivo principal de este trabajo es analizar la eficacia de las técnicas fisioterapéuticas de la IUE a través de la presentación de un caso clínico.
OBJETIVO GENERAL- Eliminar las pérdidas de orina durante el esfuerzo relacionado con la actividad deportiva.
OBJETIVOS ESPECIFICOS-
1. Normalizar las disfunciones miofasciales identificadas.
Normalizar el tono muscular del hemidiafragma derecho. Normalizar el tono psoas ilíaco izquierdo. Normalizar musculatura cervical.
2. Concienciar propioceptivamente de la contracción de la musculatura del suelo pélvico.
3. Mejorar la fuerza-resistencia de la musculatura del suelo pélvico. .
4. Automatizar la contracción del suelo pélvico durante la actividad deportiva.
5. Disminuir el impacto de la incontinencia sobre la calidad de vida.
6. Valorar la satisfacción de la paciente con respecto a la intervención y a los resultados obtenidos.



METODOLOGÍA

Exposición de caso clínico, aplicando la evidencia científica actual basada en una revisión bibliográfica narrativa. Bases de datos empleadas: Pubmed, Medes y PEDro.
Palabras clave utilizadas:Incontinencia urinaria de Esfuerzo, fisioterapia,deporte.
Mujer de 29 años de edad que comenzó a practicar halterofilia a los 16 años. Durante la anamnesis realizada el 24 de marzo del 2022, informa como desde hace 6 años aproximadamente sufre Incontinencia Urinaria de Esfuerzo durante sus entrenamientos y competiciones, debido al impacto que este deporte supone para el suelo pélvico, no presentando perdidas en ningún otro contexto o actividad. Desde el momento en que comienza a tener esta disfunción no detecta que haya empeorado, sino que se mantiene de manera estable a lo largo del tiempo. De igual manera, no ha percibido que la incontinencia empeore con la fatiga, ni en situaciones que puedan suponer un mayor estrés como son los campeonatos, concentraciones, controles, etc; ni se modifica durante las diferentes fases del ciclo menstrual. No presenta ningún otro trastorno de la esfera uroginecológica (infecciones, dismenorrea, dispareunia, etc.)Se le realiza exploración fisica,exploración estática con valoración visual y palpación; ecografía abdominal en posición de reposo,con contracción analítica del suelo pélvico y la maniobra de Valsalva como elemento de estrés. Se le pidió un diaria miccional y"Test de la compresa"(al final del día se pesa la compresa y se anota el peso en una tabla)



JUICIO DIAGNOSTICO: Incontinencia Urinaria de Esfuerzo.
TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO:El plan de trabajo ha abarcado 3 meses y medio de duración, un total de 14 semanas, de las cuales 10semanas estuvieron centradas en la fase de intervención, mientas que las restantes se dedicaron a realizar las evaluaciones pre y post tratamiento .
La intervención de fisioterapia se diseña de acuerdo con los objetivos planteados con dos herramientas terapéuticas:
la primera de ellas serán las intervenciones basadas en la terapia manual con el objetivo de normalizar los tejidos y generar una ventana de oportunidad que potencie los efectos del trabajo activo; y la segunda, consecuentemente, la cinesiterapia activa (ejercicio terapéutico) a través de ejercicios analíticos de potenciación del suelo pélvico, y de ejercicios de gimnasia abdominal hipopresiva (GAH). Realizar una buena concienciación de suelo pélvico mediante la utilización de biofeedback. Realizar ejercicios de Kegel que la paciente debería realizar en casa y progresivamente ir añadiendo electroestimulación. Asimismo, la utilización de acupuntura y electroacupuntura para contracturas y la disminución del dolor

RESULTADOS

La intervención fisioterápica se llevó a cabo semanalmente, diferenciándose dos tipos de intervención: sesiones que la paciente lleva a cabo diariamente de forma autónoma, denominadas en el calendario como "Tarea"; y sesiones guiadas, denominadas en el calendario como "Intervenciones" . Las sesiones que la paciente realiza de forma autónoma están programadas para una duración aproximada de media hora y las realiza o bien en su domicilio, o bien en las instalaciones deportivas en las que realiza su rutina de entrenamiento. Las sesiones guiadas tienen una duración de aproximadamente 1hora y se llevan a cabo en las mismas instalaciones deportivas. El objetivo principal de esta intervención es conseguir la integración del trabajo y sus efectos en la práctica deportiva, ya que esta es la que impacta sobre la actividad y participación de la paciente tal y como se recoge en el diagnóstico funcional. Por ello, las sesiones se llevaron a cabo en las instalaciones deportivas, de forma que se trató de incluir en el tratamiento el material técnico propio de su modalidad deportiva, intentado alcanzar una progresión desde un abordaje más pasivo en camilla hacia la aplicación e integración de los resultados en el propio gesto y actividad deportiva. Como resultado final diremos que la paciente a los tres meses y medio estaba prácticamente en condiciones normales.

CONCLUSIONES

-El entrenamiento de suelo pélvico es una técnica con buenos resultados para la IUE en el que hay que trabajar tanto fibras lentas como fibras rápidas pero que no existe consenso en el número de repeticiones para la realización.
-El biofeedback es un método esencial para el tratamiento de la IUE pues da una imagen visual o auditiva y ayuda a la concienciación de la contracción del suelo pélvico de la paciente además de que se utiliza para el entrenamiento de la musculatura obteniendo unos resultados favorables.
-La electroestimualción es una técnica para la cual no hay consenso de parámetros a utilizar pero que los que se han utilizado han obtenido resultados favorables en el tratamiento de la IUE.
-La corriente bifásica simétrica se postula como la más segura para el trabajo de suelo pélvico.
-La utilización de las técnicas invasivas no tiene suficiente evidencia científica en el tratamiento de la IUE y siempre deben de ir acompañadas de otras técnicas fisioterapéuticas, aunque cuando se han utilizado los resultados han sido favorables.
-Los ejercicios de contracción voluntaria o ejercicios de Kegel, aunque no hay un consenso en el número de repeticiones realizadas, son una técnica muy efectiva para la IUE.
-La gimnasia abdominal hipopresiva o entrenamiento abdominopélvico es una técnica que se ha utilizado en la IUE obteniendo buenos resultados pero no tiene evidencia que demuestre que tiene mejores resultados que el entrenamiento voluntario de la musculatura del suelo pélvico.
-Las técnicas de evaluación del suelo pélvico son la base para realizar un buen tratamiento para la IUE, pudiendo clasificar correctamente la patología y realizar un buen procedimiento.
-Se debe utilizar una combinación de las técnicas de abordaje de suelo pélvico para poder realizar un tratamiento lo más completo posible en la IUE.

BIBLIOGRAFÍA

-Bø, K., Hagen, R., Kvarstein, B., & Larsen, S. (1989). Female stress urinary incontinence and participation in different sport and social activities. Scand J Sports Sci, 11(3), 117-21.
-Bø, K., & Borgen, J. S. (2001). Prevalence of stress and urge urinary incontinence in elite athletes and controls. Medicine and science in sports and exercise, 33(11), 1797–1802. Chisholm, L., Delpe, S., Priest, T., & Reynolds, W. S. (2019). Physical Activity and Stress Incontinence in Women. Current bladder dysfunction reports, 14(3), 174–179.
-Coleman, T. J., Hamad, N. M., Shaw, J. M., Egger, M. J., Hsu, Y., Hitchcock, R., Jin, H., Choi, C. K., & Nygaard, I. E. (2015). Effects of walking speeds and carrying techniques on intra-abdominal pressure in women. International urogynecology journal, 26(7), 967–974.
-Da Roza, T., Brandão, S., Mascarenhas, T., Jorge, R. N., & Duarte, J. A. (2015). Urinary Incontinence and Levels of Regular Physical Exercise in Young Women. International journal of sports medicine, 36(9), 776–780.
-Gephart, L. F., Doersch, K. M., Reyes, M., Kuehl, T. J., & Danford, J. M. (2018). Intraabdominal pressure in women during CrossFit exercises and the effect of age and parity. Proceedings (Baylor University. Medical Center), 31(3),

Resumen: La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) consiste en la pérdida de orina mediante la realización de esfuerzos como reír, toser o hacer ejercicio es una patología bastante habitual en las mujeres, aunque con la edad, también pueden padecerla los hombres. La fisioterapia ha adquirido el valor de tratamiento fundamental para esta enfermedad, el objetivo principal de este trabajo es analizar la eficacia de las técnicas fisioterapéuticas de la IUE a través de la presentación de un caso clinico. El entrenamiento muscular del suelo pélvico, biofeedback, electroestimulación y ejercicios de Kegel muestran buenos resultados en el fortalecimiento del tono muscular. La gimnasia abdominal hipopresiva presenta buenos resultados. En el caso de técnicas invasivas como son la acupuntura, la punción seca y la electroacupuntura aportan mejoras en la IUE asociadas a otras técnicas de fisioterapia.

Palabras clave: Stress Urinary Incontinence, Sport, Physiotherapy

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) consiste en la pérdida de orina mediante la realización de esfuerzos como reír, toser o hacer ejercicio.

Los deportes de alto impacto tienen mayor incidencia que los de bajo impacto, se producen aumentos de la presión intraabdominal. durante la práctica deportiva QUE pueden provocar una incontinencia urinaria, con un debilitamiento progresivo de la musculatura del suelo pélvico.

Ante un aumento en la presión intraabdominal surge una contracción refleja del suelo pélvico que la contrarresta.

Un exceso trabajo de la musculatura abdominal o una débil actividad del elevador del ano harían imposible esta respuesta refleja, lo que podría explicar la aparición de la incontinencia urinaria en las deportistas.

La clasificación en función de la gravedad, de la Incontinencia Urinaria es:

Grado I: incontinencia leve, con descenso vesical mínimo.

Grado II: incontinencia frecuente, con descenso vesical hacía en introito vaginal con el esfuerzo.

Grado III: incontinencia permanente, con descenso vesical hacia el introito vaginal sin necesidad de esfuerzo.

Grado IV: prolapso vesical a través de los labios vulvares.

Objetivo:

OBJETIVO GENERAL

Eliminar las pérdidas de orina durante el esfuerzo relacionado con la actividad deportiva.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Normalizar las disfunciones miofasciales identificadas.

Normalizar el tono muscular del hemidiafragma derecho. Normalizar el tono psoas ilíaco izquierdo. Normalizar musculatura cervical.

2. Concienciar propioceptivamente de la contracción de la musculatura del suelo pélvico.

3. Mejorar la fuerza-resistencia de la musculatura del suelo pélvico. .

4. Automatizar la contracción del suelo pélvico durante la actividad deportiva.

5. Disminuir el impacto de la incontinencia sobre la calidad de vida.

6. Valorar la satisfacción de la paciente con respecto a la intervención y a los resultados obtenidos.

Material y Método:

Exposición de caso clínico, aplicando la evidencia científica actual basada en una revisión bibliográfica narrativa. Bases de datos empleadas: Pubmed, Medes y PEDro.

Palabras clave utilizadas:Incontinencia urinaria de Esfuerzo, fisioterapia,deporte.

Mujer de 29 años de edad que comenzó a practicar halterofilia a los 16 años. Durante la anamnesis, informa como desde hace 6 años aproximadamente sufre Incontinencia Urinaria de Esfuerzo durante sus entrenamientos y competiciones, debido al impacto que este deporte supone para el suelo pélvico, no presentando perdidas en ningún otro contexto o actividad. No ha percibido que la incontinencia empeore con la fatiga, ni en situaciones que puedan suponer un mayor estrés como son los campeonatos, concentraciones, controles, etc; ni se modifica durante las diferentes fases del ciclo menstrual. No presenta ningún otro trastorno de la esfera uroginecológica (infecciones, dismenorrea, dispareunia, etc.)Se le realiza exploración fisica,exploración estática con valoración visual y palpación; ecografía abdominal en posición de reposo,con contracción analítica del suelo pélvico y la maniobra de Valsalva como elemento de estrés. Se le pidió un diaria miccional y“Test de la compresa”(al final del día se pesa la compresa y se anota el peso en una tabla)

JUICIO DIAGNOSTICO: Incontinencia Urinaria de Esfuerzo.

TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO: El plan de trabajo ha abarcado 3 meses y medio de duración, un total de 14 semanas, de las cuales 10semanas

estuvieron centradas en la fase de intervención, mientas que las restantes se dedicaron a realizar las evaluaciones pre y post tratamiento .

La intervención de fisioterapia se diseña de acuerdo con los objetivos planteados con dos herramientas terapéuticas:

la primera de ellas serán las intervenciones basadas en la terapia manual con el objetivo de normalizar los tejidos y generar una ventana de oportunidad que

potencie los efectos del trabajo activo; y la segunda, consecuentemente, la cinesiterapia activa (ejercicio terapéutico) a través de ejercicios analíticos

de potenciación del suelo pélvico, y de ejercicios de gimnasia abdominal hipopresiva (GAH).

Realizar una buena concienciación de suelo pélvico mediante la utilización de biofeedback. Realizar ejercicios de Kegel que la paciente debería realizar en casa y progresivamente ir añadiendo electroestimulación. Asimismo, la utilización de acupuntura y electroacupuntura para contracturas y la disminución del dolor

Resultados:

La intervención fisioterápica se llevó a cabo semanalmente, diferenciándose dos tipos de intervención: sesiones que la paciente lleva a cabo diariamente de forma autónoma, denominadas en el calendario como “Tarea”; y sesiones guiadas, denominadas en el calendario como “Intervenciones” . Las sesiones que la paciente realiza de forma autónoma están programadas para una duración aproximada de media hora y las realiza o bien en su domicilio, o bien en las instalaciones deportivas en las que realiza su rutina de entrenamiento. Las sesiones guiadas tienen una duración de aproximadamente 1hora y se llevan a cabo en las mismas instalaciones deportivas. El objetivo principal de esta intervención es conseguir la integración del trabajo y sus efectos en la práctica deportiva, ya que esta es la que impacta sobre la actividad y participación de la paciente tal y como se recoge en el diagnóstico funcional. Por ello, las sesiones se llevaron a cabo en las instalaciones deportivas, de forma que se trató de incluir en el tratamiento el material técnico propio de su modalidad deportiva, intentado alcanzar una progresión desde un abordaje más pasivo en camilla hacia la aplicación e integración de los resultados en el propio gesto y actividad deportiva. Como resultado final diremos que la paciente a los tres meses y medio estaba prácticamente en condiciones normales.

Conclusión:

• -El entrenamiento de suelo pélvico es una técnica con buenos resultados para la IUE en el que hay que trabajar tanto fibras lentas como fibras rápidas pero que no existe consenso en el número de repeticiones para la realización.

• -El biofeedback es un método esencial para el tratamiento de la IUE pues da una imagen visual o auditiva y ayuda a la concienciación de la contracción del suelo pélvico de la paciente además de que se utiliza para el entrenamiento de la musculatura obteniendo unos resultados favorables.

• -La electroestimualción es una técnica para la cual no hay consenso de parámetros a utilizar pero que los que se han utilizado han obtenido resultados favorables en el tratamiento de la IUE.

• -La corriente bifásica simétrica se postula como la más segura para el trabajo de suelo pélvico.

• -La utilización de las técnicas invasivas no tiene suficiente evidencia científica en el tratamiento de la IUE y siempre deben de ir acompañadas de otras técnicas fisioterapéuticas, aunque cuando se han utilizado los resultados han sido favorables.

• -Los ejercicios de contracción voluntaria o ejercicios de Kegel, aunque no hay un consenso en el número de repeticiones realizadas, son una técnica muy efectiva para la IUE.

• -La gimnasia abdominal hipopresiva o entrenamiento abdominopélvico es una técnica que se ha utilizado en la IUE obteniendo buenos resultados pero no tiene evidencia que demuestre que tiene mejores resultados que el entrenamiento voluntario de la musculatura del suelo pélvico.

• -Las técnicas de evaluación del suelo pélvico son la base para realizar un buen tratamiento para la IUE, pudiendo clasificar correctamente la patología y realizar un buen procedimiento.

• -Se debe utilizar una combinación de las técnicas de abordaje de suelo pélvico para poder realizar un tratamiento lo más completo posible en la IUE.

Bibliografía

1.- Bø, K., Hagen, R., Kvarstein, B., & Larsen, S. (1989). Female stress urinary incontinence and participation in different sport and social activities. Scand J Sports Sci, 11(3), 117-21.

2.- Bø, K., & Borgen, J. S. (2001). Prevalence of stress and urge urinary incontinence in elite athletes and controls. Medicine and science in sports and exercise, 33(11), 1797–1802.

3.- Chisholm, L., Delpe, S., Priest, T., & Reynolds, W. S. (2019). Physical Activity and Stress Incontinence in Women. Current bladder dysfunction reports, 14(3), 174–179.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 193

Tratamiento fisioterápico en paciente con fascitis plantar

García Domínguez, Pedro Javier.

TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO EN PACIENTE CON FASCITIS PLANTAR

Pedro Javier García Domínguez

I. Introducción

La fascitis plantar es la causa más común de dolor en la base del talón. Consiste en una inflamación de tejido fibroso (fascia plantar) a lo largo de la parte inferior del pie. Puede desencadenar un dolor intenso y ser incapacitante a la hora de realizar una marcha normal.

II. Observación clínica

Valoración y exploración física:

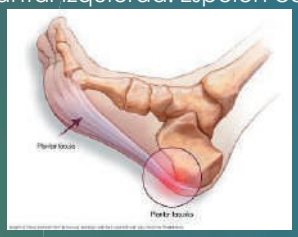
- Paciente de 44 años que acude a consulta por dolor en planta del pie de dos semanas de evolución, que incrementa tras largos periodos de marcha. Sale a correr 3 veces por semana. Viene derivado por médico de atención primaria por talalgia izquierda.
- El dolor comienza cuando despierta, si realiza trayectos cortos el dolor no incrementa, pero tras largos periodos de marcha o al intentar salir a correr el dolor se incrementa por el impacto.
- El dolor le hace cojear y tener una marcha menos funcional.
- Dolor al estiramiento de la fascia plantar y a la presión sobre la base del calcáneo. Se aprecian bandas fibrosas al realizar pases transversales.
- Valoración del dolor mediante la escala EVA: 7.

Antecedentes y signos de alerta:

- Ninguna alergia conocida.
- Presenta radiografía de hace 3 años en la que se aprecia pequeño espolón calcáneo en talón izquierdo.
- Trabajo con mucha carga física.

Diagnóstico de fisioterapia:

- Fascitis plantar izquierda. Espolón calcáneo.



III. Plan de cuidados

Objetivos

- Disminuir el dolor y la inflamación como objetivo principal en zona plantar del pie izquierdo producido por la fascitis.
- Mejorar y/o restaurar la flexibilidad y movilidad del pie y toda la musculatura de alrededor.
- Enseñar los ejercicios propios de tratamiento de la fascitis para realizar tanto en sala de fisioterapia como en el domicilio del paciente.
- Fortalecer la musculatura del pie en su conjunto.
- Restaurar un correcto patrón de marcha.
- Guiar en la prevención para evitar nuevos episodios de fascitis en el futuro, así como en la utilización de un buen calzado, sobre todo a la hora de hacer deporte.

Tratamiento

- Estiramiento de la musculatura del pie en su conjunto: tríceps sural, peroneos, tibiales, musculatura intrínseca del pie, fascia plantar, etc.
- Movilización y masaje de la fascia plantar.
- Ultrasonido pulsátil a dosis bajas en zona calcánea.
- TENS con electrodos colocados a lo largo de la planta del pie.
- Estiramientos activos por parte del propio paciente en camilla con toalla, de pie, con pelota bajo la planta, tanto en sala de fisioterapia como en domicilio.
- Crioterapia en zona plantar del pie.
- Vendaje neuromuscular en planta del pie con el fin de aproximar origen e inserción de la fascia y así poder relajarla.

IV. Discusión

- Se realizan 3 sesiones semanales durante 4 semanas. El paciente durante este periodo deja de correr y el ejercicio intenso.
- Tras la primera semana el paciente no nota mejoría y se encuentra desanimado por no ver evolución. Cuando vuelve la semana siguiente ya empieza a referir ligera mejoría en el manejo del dolor. Comienza a realizar ejercicios en domicilio.
- Tras cuatro semanas, y habiendo completado las 12 sesiones de tratamiento en sala, el paciente refiere mucho menos dolor (EVA 2), realiza largas caminatas sin dolor y sin cojear.
- Se recomienda que siga realizando los ejercicios en casa e iniciar progresivamente la vuelta al deporte. Se decide dar alta del programa de fisioterapia y se dan pautas en cuanto a calzado y progresión en la vuelta a la rutina,

V. Conclusión

La actitud colaboradora del paciente, a pesar de la primera semana en la que se encuentra más frustrado, ha sido importante a la hora de tener una buena evolución en la fascitis. Respetar los plazos de rehabilitación y reposo, así como realizar todos los ejercicios que se han indicado hacen que el resultado sea mejor. Es muy importante en este tipo de lesiones la utilización de un buen calzado que amortigüe y sujete bien el pie, sobre todo en personas aficionadas al deporte. Hay evidencia que la combinación de diferentes técnicas de fisioterapia aplicadas de manera conservadora mejora la fascitis plantar y remiten su dolor e inflamación, siendo esta la mejor opción de tratamiento en la actualidad.

SATSE

Resumen: Se realiza un tratamiento de fisioterapia en paciente de 44 años que acude a consulta con dolor e inflamación en planta del pie, el cual se diagnostica de fascitis plantar. Se realiza un tratamiento de 4 semanas en la que se combinan diferentes tipos de técnicas conservadoras de fisioterapia con el objetivo principal de disminuir el dolor y la inflamación de la fascia, trabajando tanto en sala de fisioterapia como en domicilio. Una vez finalizado el tratamiento en consulta el paciente aprecia una notable mejoría tanto a nivel doloroso como funcional.

Palabras clave: Espolón calcáneo, Fascitis plantar, Calcáneo.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La fascitis plantar es la causa más común de dolor en la base del talón. Consiste en una inflamación de tejido fibroso (fascia plantar) a lo largo de la parte inferior del pie. Puede desencadenar un dolor intenso y ser incapacitante a la hora de realizar una marcha normal.

Observación clínica:

Valoración y exploración física:

• Paciente de 44 años que acude a consulta por dolor en planta del pie de dos semanas de evolución, que incrementa tras largos periodos de marcha. Sale a correr 3 veces por semana. Viene derivado por médico de atención primaria por talalgia izquierda.

• El dolor comienza cuando despierta, si realiza trayectos cortos el dolor no incrementa, pero tras largos periodos de marcha o al intentar salir a correr el dolor se incrementa por el impacto.

• El dolor le hace cojear y tener una marcha menos funcional.

• Dolor al estiramiento de la fascia plantar y a la presión sobre la base del calcáneo. Se aprecian bandas fibrosas al realizar pases transversales.

• Valoración del dolor mediante la escala EVA: 7.

Antecedentes y signos de alerta:

• Ninguna alergia conocida.

• Presenta radiografía de hace 3 años en la que se aprecia pequeño espolón calcáneo en talón izquierdo.

• Trabajo con mucha carga física.

Diagnóstico de fisioterapia:

• Fascitis plantar izquierda. Espolón calcáneo.

Plan de cuidados:

Objetivos

• Disminuir el dolor y la inflamación como objetivo principal en zona plantar del pie izquierdo producido por la fascitis.

• Mejorar y/o restaurar la flexibilidad y movilidad del pie y toda la musculatura de alrededor.

• Enseñar los ejercicios propios de tratamiento de la fascitis para realizar tanto en sala de fisioterapia como en el domicilio del paciente.

• Fortalecer la musculatura del pie en su conjunto.

• Restaurar un correcto patrón de marcha.

• Guiar en la prevención para evitar nuevos episodios de fascitis en el futuro, así como en la utilización de un buen calzado, sobre todo a la hora de hacer deporte.

Tratamiento

• Estiramiento de la musculatura del pie en su conjunto: tríceps sural, peroneos, tibiales, musculatura intrínseca del pie, fascia plantar, etc.

• Movilización y masaje de la fascia plantar.

• Ultrasonido pulsátil a dosis bajas en zona calcánea.

• TENS con electrodos colocados a lo largo de la planta del pie.

• estiramientos activos por parte del propio paciente en camilla con toalla, de pie, con pelota bajo la planta, tanto en sala de fisioterapia como en domicilio.

• Crioterapia en zona plantar del pie.

• Vendaje neuromuscular en planta del pie con el fin de aproximar origen e inserción de la fascia y así poder relajarla.

Discusión:

Se realizan tres sesiones semanales de fisioterapia durante 4 semanas, en las cuales el paciente deja de salir a correr y realizar ejercicio físico de alta intensidad. En la primera semana la mejoría es mínima, el paciente se encuentra algo desanimado al ver que sigue con dolor, y las sesiones de fisioterapia son igualmente dolorosas. Sin embargo, acude segunda semana a consulta refiriendo una mejora en el manejo del dolor, apareciendo el mismo cuando ya lleva una larga caminata. Comienza a realizar a diario los ejercicios con pelota y estiramientos en casa con aplicación de hielo, refiriendo que estos si bien son dolorosos le queda después una gran sensación de alivio.

Una vez finalizadas las 4 semanas de tratamiento (12 sesiones de fisioterapia en total), el paciente refiere que el dolor es mucho menor que al comienzo de las sesiones (EVA 2), que es capaz de caminar largos recorridos sin cojear, y que no tiene tanto dolor al despertarse. Se sigue recomendando realizar los ejercicios en casa e iniciar progresivamente la vuelva al deporte, para ver la evolución. Se decide dar alta de programa de fisioterapia y se dan pautas, indicando que la presencia del espolón calcáneo puede provocar recidivas en la lesión.

Conclusión:

La actitud colaboradora del paciente, a pesar de la primera semana en la que se encuentra más frustrado, ha sido importante a la hora de tener una buena evolución en la fascitis. Respetar los plazos de rehabilitación y reposo, así como realizar todos los ejercicios que se han indicado hacen que el resultado sea mejor. Es muy importante en este tipo de lesiones la utilización de un buen calzado que amortigüe y sujete bien el pie, sobre todo en personas aficionadas al deporte. Hay evidencia que la combinación de diferentes técnicas de fisioterapia aplicadas de manera conservadora mejora la fascitis plantar y remiten su dolor e inflamación, siendo esta la mejor opción de tratamiento en la actualidad.

Bibliografía

1.- Traumatología de partes blandas. Miembro inferior. Tobillo y pie: Fascitis plantar. AMF. 2008;4(5) 278-92.

2.- Prieto Riaño R, Prieto García J.M. Fascitis plantar: diagnóstico y tratamiento. Revista Española de Podología. 2003;14(6): 272-278.

3.- Abián P., Abián M., Abián J., Torrijos A. El tratamiento de la fascitis plantar. Jouand of Sports and Health research 2009; 2 (1): 123-131

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 194

Úlcera hipertensiva de Martorell

Lucas Caballero, Marina
Angulo Guzmán, Lucía

Úlcera hipertensiva de martorell.

Marina Lucas Caballero, Lucía Angulo Guzmán

Introduccion

Las ulceras de Martorell se asocian con la existencia de arteriolas subcutáneas hipertróficas y estenóticas.
Las úlceras isquémicas hipertensivas normalmente afectan a pacientes con patología previa de hipertensión arterial, no se asocian a enfermedades arteriales periféricas, ni a insuficiencia venosa crónica. Afectan a pacientes desde los 40 a los 85 años, son pacientes con un deficiente control de su tensión arterial de larga evolución.

Observacion clinica

Acudimos a realizar una cura a domicilio por lesión en una pierna".
Valoración inicial: Mujer de 91 años con antecedentes médicos: dislipemia, obesidad, inmovilidad e HTA
La lesión apareció como consecuencia de un traumatismo y progreso rápidamente.
La lesión se encuentra en la región supramaleolar, con planos irregulares y bien definidos, el fondo de la lesión tiene fibrina, y dice que tiene un intenso dolor predominante en la noche, que no aumenta con el ejercicio. Comenta que la lesión le provoca quemazón
La familia nos enseña el registro de las tensiones, lo realiza la paciente con un tensiómetro de muñeca, existiendo una diferencia evidente con el rango que encontramos cuando se lo tomamos con el tensiómetro de brazo. Observamos mal cumplimiento de la toma de medicación tanto en dosis como en horarios e incluso la toma de medicación que no lleva pautada, como por ejemplo la furosemida, la cual toma estando caducada.

Diagnostico NANDA	Objetivo NOC	Intervencion NIC	Actividades
00133- Dolor crónico manifestado por verbalización del paciente relacionado con úlcera de Martorell.	2102 – Nivel de dolor. 1605- Control del dolor.	1400- Manejo de dolor. 2380- Manejo de la medicación.	Se pauta tratamiento antihipertensivo, diurético y analgésicos Controlar la medicación que toma Previo a la cura se realiza mezcla tópica anestésica de sevoflurano 2cc + emla 2cc espesado todo ello con hidrogel. Se tapa con papel film y se deja reposar durante 2 minutos.
00046- Deterioro de la integridad cutánea manifestado por lesión en extremidad inferior, relacionado con destrucción tisular y aumento de la exposición ambiental.	1102- Curación de heridas. 1103 – Curación de la herida: por segunda intención.	6540- Control de las infecciones. 3660- Cuidados de las heridas. 3590 – Vigilancia de la piel.	Realizamos curetaje para eliminar todo el esfacelo y fibrina posible. Aplicamos cadexomero yodado y espaciamos las curas a 3 días por semana. Aplicamos pasta lassar en los bordes para evitar maceración e hidratamos el resto de la piel con cremas emoliente

Discusión y tratamiento

Una de las principales dificultades que genera el abordaje de este tipo de lesiones es el error en el diagnóstico, ya que no existe un consenso claro, por lo que se hace necesario tener en cuenta:

- La localización.
- Extensión y características de la lesión.
- La historia clínica del paciente (especialmente si presenta HTA de larga evolución).
- La expresión de dolor de la misma, lo que nos permitirá llegar a un diagnóstico temprano diferencial más adecuado.

Bibliografía 1 Bachero, J. G., Baldrich, Y., & Palasí, C. (2017). Caso de una úlcera hipertensiva de Martorell: importancia de una buena anamnesis y diagnóstico para su resolución. Enfermería Dermatológica, 11(30), 57-63.
Bibliografía 2 Seco Franco J. Trabajos de investigación úlcera hipertensiva de martorell. Revisión bibliográfica. Enfermería Dermatológica. 2020;14(41).
Bibliografía 3 Seco Franco J. Trabajos de investigación úlcera hipertensiva de martorell. Revisión bibliográfica. Enfermería Dermatológica. 2020;14(41).

Resumen: Acudimos a realizar una cura a domicilio por lesión en una piernaEncontramos una lesión que apareció como consecuencia de un traumatismo y progreso rápidamente. Tras la valoración inicial de la localización, bordes, fondo, dolor y tensión mantenida en el tiempo, concluimos que es una úlcera de Martorell. Realizamos un plan de cuidados y como objetivos nos planteamos Mejorar su tensión arterial. Intensificar controles y educar con pautas saludables. Controlar la medicación que toma para ello y mejorar el dolor que presenta y el descanso, mediante la cura de su úlcera.

Palabras clave: Ulcera de Martorell, Desbridamiento, Dolor

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Las ulceras de Martorell se asocian con la existencia de arteriolas subcutáneas hipertróficas y estenóticas. Las úlceras isquémicas hipertensivas normalmente afectan a pacientes con patología previa de hipertensión arterial, no se asocian a enfermedades arteriales periféricas, ni a insuficiencia venosa crónica. Afectan a pacientes desde los 40 a los 85 años, son pacientes con un deficiente control de su tensión arterial de larga evolución.

La prevalencia varía entre el 0,5-1% de las úlceras de la extremidad inferior.

La prevalencia e incidencia es mayor en mujeres, especialmente con hipertensión arterial de varios años de evolución (más de 25 años).

Observación clínica:

Acudimos a realizar una cura a domicilio por lesión en una pierna".

Valoración inicial: Mujer de 91 años con antecedentes médicos de:

Dislipemia, obesidad, inmovilidad e HTA

Medicación actual

Fentanilo transdérmico 75 mcg/h

Lormetazepam 2mg

Trazodona 100 mg

La lesión apareció como consecuencia de un traumatismo y progreso rápidamente.

La lesión se encuentra en la región supramaleolar, con planos irregulares y bien definidos, el fondo de la lesión tiene fibrina, y dice que tiene un intenso dolor predominante en la noche, que no aumenta con el ejercicio. Comenta que la lesión le provoca quemazón.

La familia nos enseña el registro de las tensiones, lo realiza la paciente con un tensiómetro de muñeca, existiendo una diferencia evidente con el rango que encontramos cuando se lo tomamos

con el tensiómetro de brazo.

La diferencia puede estar causada por una mala realización de la toma o por la rigidez arterial asociada al envejecimiento.

Observamos mal cumplimiento de la toma de medicación tanto en dosis como en horarios e incluso la toma de medicación que no lleva pautada, como por ejemplo la furosemida, la cual toma estando caducada.

Plan de cuidados:

NANDA:

00046- Deterioro de la integridad cutánea manifestado por lesión en extremidad inferior, relacionado con destrucción tisular y aumento de la exposición ambiental.

NOC:

1102- Curación de heridas.

1103 – Curación de la herida: por segunda intención.

NIC:

6540- Control de las infecciones.

3660- Cuidados de las heridas.

3590 – Vigilancia de la piel.

NANDA:

00133- Dolor crónico manifestado por verbalización del paciente relacionado con úlcera de Martorell.

NOC:

2102 – Nivel de dolor.

1605- Control del dolor.

NIC:

1400- Manejo de dolor.

2380- Manejo de la medicación.

Discusión y conclusión:

Para la cura de la ulcera nos planteamos una serie de objetivos

Mejorar su tensión arterial. Comentamos el caso con su médico de familia quien pauta tratamiento antihipertensivo, diurético y analgésicos

Controlar la medicación que toma para ello.

Mejorar el dolor que presenta y el descanso, mediante la cura de su úlcera. Previo a la cura se realiza mezcla tópica anestésica de sevoflurano 2cc + emla 2cc espesado todo ello con hidrogel. Se

tapa con papel film y se deja reposar durante 2 minutos. Se realiza limpieza de la úlcera con agua y jabón y solución de prontosan líquido para la desinfección de heridas que se deja en fomentos durante 10 minutos.

Realizamos curetaje para eliminar todo el esfacelo y fibrina posible.

Aplicamos cadexomero yodado y espaciamos las curas a 3 días por semana.

En las siguientes visitas encontramos el lecho de la herida con menos fibrina y mayor tejido de granulación. Aplicamos pasta lassar en los bordes para evitar maceración e hidratamos el resto de la piel con cremas emoliente

Comprobamos que la adherencia al tratamiento se realiza de manera correcta, reflejándose así en sus cifras de tensión que comienzan a normalizarse.

Una de las principales dificultades que genera el abordaje de este tipo de lesiones es el error en el diagnóstico, ya que no existe un consenso claro, por lo que se hace necesario tener en cuenta:

· La localización.

· Extensión y características de la lesión.

· La historia clínica del paciente (especialmente si presenta HTA de larga evolución).

· La expresión de dolor de la misma, lo que nos permitirá llegar a un diagnóstico temprano diferencial más adecuado.

Bibliografía

1.- Bachero, J. G., Baldrich, Y., & Palasí, C. (2017). Caso de una úlcera hipertensiva de Martorell: importancia de una buena anamnesis y diagnóstico para su resolución. Enfermería Dermatológica, 11(30), 57-63.

2.- Seco Franco J. Trabajos de investigación úlcera hipertensiva de martorell. Revisión bibliográfica. Enfermería Dermatológica. 2020;14(41).

3.- Seco Franco J. Trabajos de investigación úlcera hipertensiva de martorell. Revisión bibliográfica. Enfermería Dermatológica. 2020;14(41).

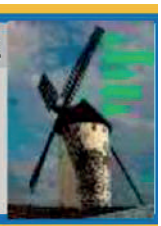
SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 195

Uso combinado de Solución de Betaina, poliexanida (Prontosan® Solución) con Acido Hialurónico y Colagenasa (Rym Colagenasa®)

Pardilla Elipe, Blas
Arias López-Peláez, Víctor M.
Arias Jiménez, Nicanor
Mateo Parrado, Pilar
Sánchez Gil, Leire

USO COMBINADO DE SOLUCIÓN DE BETAINA, POLIEXANIDA (PRONTOSAN® SOLUCION) CON ÁCIDO HIALURÓNICO Y COLAGENASA (RYM COLAGENASA®) EN UPP



Autores: Pardilla Elipe, Blas; Arias López-Peláez, Víctor M.; Arias Jiménez, Nicanor; Mateo Parrado, Pilar; Sánchez Gil, Leire.

INTRODUCCIÓN

Una úlcera por presión (UPP) se define como una lesión localizada en la piel y/o el tejido subyacente por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión, o la presión en combinación con la cizalla., son un grave problema sanitario donde la enfermera tiene una gran responsabilidad tanto en la curación como en la prevención., entre los objetivos principales están acortar el periodo de cicatrización de la herida, disminuir el riesgo de infección consiguiendo un resultado satisfactorio, aumentar el confort del paciente y mejorar la calidad de los cuidados de enfermería en éste tipo de heridas.

OBSERVACIÓN CLINICA.

Mujer de 77 años, hipertensa, diabética tipo 2 en tratamiento con ADO e insulina, con hipercolesterolemia, enfermedad renal crónica estadio 3, independiente ABVD es ingresada para intervención quirúrgica de hemicolectomía derecha más colecistectomía., durante su recuperación en planta hospitalaria la paciente presenta ulceras por presión en MII., tras ser dada de alta hospitalaria la paciente continua con escara seca en talón de MII y presenta ulcera de 4x3 en talón de aquiles de mismo pie, con exposición tendinosa y material con fibrina y esfacelos. Se realiza valoración de las características de las heridas y se establecen diagnósticos reales y potenciales, se fijan unos objetivos y se eligen las actividades necesarias para alcanzarlos. Se llevan a cabo las actividades de enfermería planificadas. Se registra todo el proceso y se realiza una evaluación continua del mismo.

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 tratamiento el día 10 de octubre 2022 desbridando con bisturí y limpiando bien la heridas con suero fisiológico más Prontosán® solución en fomento., se pone Rym Colagenasa® pomada con apósito untuoso y apósito de gasa., se cura al inicio cada 24 horas observando buena evolución., se continua el tratamiento cada 48 horas, sin aparecer signos de infección y la lesión cicatrizó con buen resultado estético en 45 días.



Imagen 1: 10/10/2022. Inicio desbridamiento

Imagen 2 : 25/10/2022 Limpieza de esfacelos

Imagen 3 :7/11/2022 Buena evolución de la úlcera

Imagen 4: 17/11/2022. Buena cicatrización úlcera

Imagen 5: 25/11/2022. Tejido epitelización nuevo, úlcera cicatrizada

CONCLUSIONES

El uso de prontosan® solución más Rym colagenasa® para tratamiento de ulceras por presión, produce desbridamiento de ésta, tejido de granulación con rapidez, lo cual hace favorecer una epitelización rápida de la herida, mejorando la calidad de vida del paciente a la vez que reduce los tiempos de curación de enfermería por lo que se puede considerar un tratamiento altamente eficiente en el tratamiento de las heridas.

Resumen: El trabajo refleja el caso clínico de una paciente con 77 años con hipertensión arterial, diabética tipo II y problemas renales que presenta ulceras por presión (UPP) en MII a consecuencia de ingreso en medio hospitalario para intervención de otra patología. Tras ser dada de alta hospitalaria se han realizado curas protocolizadas y también se ha realizado un plan de cuidados enfermero; para las curas se ha utilizado desbridamiento con bisturí y limpieza con suero fisiológico, solución de betaina, poliexanida (prontosan® solución) junto con pomada de ácido hialurónico y colagenasa (Rym colagenasa®) y apósito untuoso y de gasa consiguiendo una buena evolución de la herida hasta su total cicatrización.

Palabras clave: Ulcera, Lesión, Presión y Prevención

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Una úlcera o lesión por presión (UPP/LPP)) se define como una lesión localizada en la piel y/o el tejido subyacente por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión, o la presión en combinación con la cizalla., son un grave problema sanitario donde la enfermera tiene una gran responsabilidad tanto en la curación como en la prevención., entre los objetivos principales están acortar el periodo de cicatrización de la herida, disminuir el riesgo de infección consiguiendo un resultado satisfactorio, aumentar el confort del paciente y mejorar la calidad de los cuidados de enfermería en éste tipo de heridas.

Observación clínica:

Mujer de 77 años, hipertensa, diabética tipo 2 en tratamiento con ADO e insulina, con hipercolesterolemia, enfermedad renal crónica estadio 3, independiente ABVD es ingresada para intervención quirúrgica de hemicolectomía derecha más colecistectomía., durante su recuperación en planta hospitalaria la paciente presenta ulceras por presión en MII., tras ser dada de alta hospitalaria la paciente continua con escara seca en talón de MII y presenta ulcera de 4x3 en talón de aquiles de mismo pie, con exposición tendinosa y material con fibrina y esfacelos. Se realiza valoración de las características de las heridas y se establecen diagnósticos reales y potenciales, se fijan unos objetivos y se eligen las actividades necesarias para alcanzarlos. Se llevan a cabo las actividades de enfermería planificadas. Se registra todo el proceso y se realiza una evaluación continua del mismo.

Plan de cuidados:

DIAGNOSTICOS NANDA

00004: Riesgo de infección, 00024: 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, 2109: Nivel de malestar

INTERVENCIONES NIC

3660: Cuidados de las heridas, 6540: Control de las infecciones, 3590: Vigilancia de la piel, 4066: Cuidados circulatorio: insuficiencia venosa, 4070: Precauciones circulatorias, 0840: Cambios de posición, 1400: Manejo del dolor, 2210: Administración de analgésicos, 6482: Manejo ambiental: Confort

ACTIVIDADES

36006: Limpiar con solución salina o un limpiador no tóxico, 366014: Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje, 65043: Poner en práctica precauciones universales, 65024: Asegurar una técnica de cuidados adecuada, 359006:Observar si hay infecciones, especialmente en zonas edematosas, 406601: Realizar una valoración global de la circulación periférica, 407004: Abstenerse de aplicar presión o realizar torniquetes en la zona afectada, 407005: Mantener una hidratación adecuada para evitar el aumento de la viscosidad de la sangre,407006:Evitar lesiones en la zona afectada, 407007: Evitar infecciones en las heridas, 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 del 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 facilite la comodidad, 648214: Evitar exponer la piel o las membranas mucosas a factores irritantes (cuña o drenaje de heridas).

Discusión:

Se inicia tratamiento el día 10 de octubre 2022 desbridando con bisturí y limpiando bien la heridas con suero fisiológico más Prontosán® solución en fomento., se pone Rym Colagenasa® pomada con apósito untuoso y apósito de gasa., se cura al inicio cada 24 horas observando buena evolución., se continua el tratamiento cada 48 horas, sin aparecer signos de infección y la lesión cicatrizó con buen resultado estético en 45 días.

Conclusión:

El uso de prontosan® solución más Rym colagenasa® para tratamiento de ulceras por presión, produce desbridamiento de ésta, tejido de granulación con rapidez, lo cual hace favorecer una epitelización rápida de la herida, mejorando la calidad de vida del paciente a la vez que reduce los tiempos de curación de enfermería por lo que se puede considerar un tratamiento altamente eficiente en el tratamiento de las heridas.

Bibliografía

1.- Herman, T.H. y Kamitsuru, S. (Eds.) (2015). NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. Edición española. Barcelona: Elsevier; 2015- 2017.

2.- M. Bulechek, G., K. Butcher, H., M. Dochterman, J. y M. Wagner, C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª Ed española. Barcelona: Elsevier; 2014.

3.- Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J.M., Maas, M., Moorhead, S. y Swanson, E. Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC. 2ª Ed española. Barcelona: Elsevier; 2007.

4.- Moorhead, S., Johnson, M., L. Maas, M. y Swanson, E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5ª Ed española. Barcelona: Elsevier; 2014.

5.- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Clasificación-estadiaje de las úlceras por presión. Gerokomos 2003; 14 (3): 154-5.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 196

Caso Clínico: Uso combinado de Sulfadiazina de Plata y Linitul en Paciente con Quemaduras por Terapia de Ventosas

Diaz Fernández, Elena
Corredor Rodenas, María Teresa
Mora Muñoz, Juan David
Cruz Moreno, Encarnación
Gijón Ruiz, María Gracia
García Diaz, María de los Reyes

Caso Clínico: Uso combinado de Sulfadiazina de Plata y Linitul en pacientes con quemaduras por Terapia de Ventosas

Diaz Fernández, E.; Corredor Rodenas, M T.; Mora Muñoz, JD.;
Cruz Moreno, E.; García Diaz, MR.; Gijón Ruiz, MG.

INTRODUCCION

Las quemaduras son lesiones que se producen en la piel debido a agentes térmicos, físicos y químicos. Se pueden clasificar por grados: primero, segundo y tercero, o por superficie corporal quemada (SCQ).

La terapia de ventosas pertenece a la medicina tradicional China. El principio básico es la aplicación de una ventosa sobre la piel, a la cual vamos a provocar un efecto de vacío con el fin de mejorar la vascularización de la zona, permitiendo un mayor flujo de oxígeno y nutrientes.

OBSERVACIONES CLINICAS: CASO CLINICO

Mujer de 64 años sin antecedentes de interés acude al servicio de urgencias por quemaduras de primer y segundo grado localizadas en la espalda tras una sesión de fisioterapia ese mismo día.

PLAN DE CUIDADOS

NANDA	NOC	NIC
0046 Deterioro de integridad cutánea	1004 Estado nutricional 1101 Integridad tisular 1102 Curación heridas por primera intención	1100Manejo de la nutrición 3590Vigilancia de la piel 3660 Cuidado de las heridas
00153 Riesgo de baja autoestima	1205 Autoestima 1302 Superación de problemas	5400 Protección de la autoestima
00132 Dolor agudo	1605 Control del dolor 2012 Nivel del dolor	1400 Manejo del dolor 2210 Administración de analgesia 6482 Manejo ambiental: confort.

DISCURSIÓN

Se comenzaron con curas cada 24 horas con Silvederma y Linitul. A los 4 días viendo la buena evolución y sin signos de infección comenzamos con curas cada 48 horas. En 10 días se le da el alta por mejoría total de la herida..

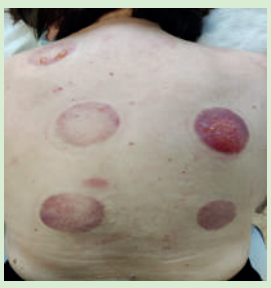
Las primeras 24 horas preciso tratamiento analgésico vía oral por el dolor de las quemaduras (Paracetamol + Nolotil c/ 8 horas, alternándolos). Durante todo el proceso de curación no precisó tratamiento antibiótico oral y la piel se mantuvo íntegra.

CONCLUSIÓN

El uso de Sulfadiazina de Plata en ulceras tiene un efecto antibacteriano de amplio espectro, potenciando una acción bacteriostática. Por tanto se ha conseguido una acción bacteriostática usando la Sulfadiazina.

La duración de la epitelización de una quemadura varia según la profundidad de la lesión: si es superficial alrededor de 2 semanas y en aquellas de espesor parcialmente profundo con evolución favorable que no requiere injerto entre 3 y 4 semanas.

La plata es un producto utilizado como agente antimicrobiano desde la antigüedad y ya a finales del siglo XIX se empezaron a utilizar compuestos de plata con finalidades médicas. La utilización tópica de la crema de Sulfadiazina Argéntica al 1% se considera mayoritariamente como tratamiento de elección para las quemaduras a fin de tratar y prevenir las infecciones locales.



Resumen: Se hace referencia a un caso clínico de una paciente con quemaduras de primer y segundo grado tras una sesión de fisioterapia. La terapia por ventosas es la aplicación de ventosas sobre la piel, a la cual vamos a provocar un efecto de vacío con el fin de mejorar la vascularización de la zona.

La curación con Sulfadiazina de Plata y Linitul hace que a los 10 días se le pueda dar el alta a la paciente por mejoría total de las heridas sin tener signos de infección en ningún momento y la piel se mantuvo integra.

Palabras clave: Sulfadiazina de Plata, Quemaduras, Terapia de ventosas

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Las quemaduras son lesiones que se producen en la piel debido a agentes térmicos, físicos y químicos. Se pueden clasificar por grados: primero, segundo y tercero, o por superficie corporal quemada (SCQ).

La terapia de ventosas pertenece a la medicina tradicional China. El principio básico es la aplicación de una ventosa sobre la piel, a la cual vamos a provocar un efecto de vacío con el fin de mejorar la vascularización de la zona, permitiendo un mayor flujo de oxígeno y nutrientes.

Observación clínica:

Mujer de 64 años sin antecedentes de interés acude al servicio de urgencias por quemaduras de primer y segundo grado localizadas en la espalda tras una sesión de fisioterapia ese mismo día.

Plan de cuidados:

NANDA (Diagnósticos Enfermeros):

- 0046 Deterioro de integridad cutánea
- 00153 Riesgo de baja autoestima
- 00132 Dolor agudo

NOC:

- 1004 Estado nutricional
- 1101 Integridad tisular
- 1102 Curación heridas por primera intención
- 1205 Autoestima
- 1302 Superación de problemas
- 1605 Control del dolor
- 2012 Nivel del dolor

NIC:

- 1100 Manejo de la nutrición
- 3590 Vigilancia de la piel
- 3660 Cuidado de las heridas
- 5400 Protección de la autoestima
- 1400 Manejo del dolor
- 2210 Administración de analgesia
- 6482 Manejo ambiental: confort.

Discusión:

Se comenzaron con curas cada 24 horas con Silvederma y Linitul. A los 4 días viendo la buena evolución y sin signos de infección comenzamos las curas cada 48 horas y en 10 días se le da el alta por mejoría total de la herida.

Las primeras 24 horas preciso tratamiento analgésico vía oral por el dolor de las quemaduras (Paracetamol + Nolotil c/ 8 horas, alternándolo). Durante todo el proceso de curación no precisó tratamiento antibiótico oral y la piel se mantuvo íntegra.

Conclusión:

El uso de Sulfadiazina de Plata en ulceras tiene un efecto antibacteriano de amplio espectro, potenciando una acción bacteriostática. Por tanto, se ha conseguido una acción bacteriostática usando la Sulfadiazina.

La duración de la epitelización de una quemadura varía según la profundidad de la lesión: si es superficial alrededor de 2 semanas y en aquellas de espesor parcialmente profundo con evolución favorable que no requiere injerto entre 3 y 4 semanas.

La plata es un producto utilizado como agente antimicrobiano desde la antigüedad y ya a finales del siglo XIX se empezaron a utilizar compuestos de plata con finalidades médicas. La utilización tópica de la crema de Sulfadiazina Argéntica al 1% se considera mayoritariamente como tratamiento de elección para las quemaduras a fin de tratar y prevenir las infecciones locales.

Bibliografía

1.- Brunner, L.S. Manual de Enfermería Médico-quirúrgica. 8ª Edición. Ed. McGraw-Hill. Interamericana, 1998

2.- Andrades P., Sepúlveda S., González J.; Curación avanzada de heridas. Rev. Chil Cir 2004

3.- Pérez Boluda M.T, Martínez Torreblanca P., Pérez Santos L., Cañadas Núñez F.; Guía práctica clínica para el cuidado de personas que sufran quemaduras, Sevilla. Servicio Andaluz de Salud 2011.

4.- Nanda. Internacional. Diagnósticos de Enfermería 2021-23. Definiciones y clasificación (2021).

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 197

Uso de antipsicóticos depot para facilitar la adherencia terapéutica.

Álvarez Hernández, César
Ferreiro Tiemblo, Elena

XIV CONGRESO SATSE CIUDAD REAL

USO DE ANTIPSICÓTICOS DEPOT PARA FACILITAR LA ADHERENCIA TERAPEUTICA

César Álvarez Hernández. Enfermero especialista en EFYC. Complejo Asistencial de Ávila.
Elena Ferreiro Tiemblo. Enfermera especialista en Salud Mental. Complejo Asistencial de Ávila.

INTRODUCCIÓN

- **La adherencia terapéutica** es el grado en que la conducta de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas por un profesional de la salud. Se trata de un fenómeno complejo y multifactorial (1).
- La enfermera ostenta un papel muy destacado en la adherencia terapéutica, realizando una serie de intervenciones dirigidas a su fortalecimiento (2).
- Los fármacos antipsicóticos son el eje central del tratamiento de la esquizofrenia. Sin embargo, a veces hay abandonos en el seguimiento del tratamiento, lo que supone un riesgo de recaídas, ingresos hospitalarios; entre otras consecuencias perjudiciales para el paciente (2).
- Uno de los principales avances destinados a evitar este abandono, es la creación de fármacos antipsicóticos de administración intramuscular de absorción retardada (**depot**) (1).

OBJETIVOS

Revisión bibliográfica para evaluar la efectividad del uso de antipsicóticos depot para mejorar la adherencia terapéutica en personas con esquizofrenia.

MATERIAL Y MÉTODOS

BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

ScienceDirect	Pubmed
Scielo	Cochrane
Dialnet	Cuiden

CRITERIOS DE INCLUSIÓN
- Español/Inglés.
- Últimos 5 años.
- Texto completo gratuito.

DECS:
- Mindfulness
- Burnout

TRAS LECTURA CRÍTICA SE SELECCIONAN 3 ARTÍCULOS PARA ESTE TRABAJO



RESULTADOS

VENTAJAS DE LOS ANTIPSICÓTICOS DEPOT (2)

- Facilitan el cumplimiento del tratamiento.
- No tienen riesgo de sobredosis.
- Menor frecuencia en la necesidad de administración del fármaco.
- Contacto periódico con el paciente, lo que permite evaluar su estado y contribuye a la estabilización.

DESVENTAJAS DE LOS ANTIPSICÓTICOS DEPOT (2)

- Molestias derivadas de la inyección (dolor, temor a la administración, desplazamiento para acudir a la cita…).







CONCLUSIONES

- Los antipsicóticos depot son una **opción terapéutica ante el riesgo de incumplimiento** terapéutico, situación muy frecuente en la esquizofrenia, ya que minimizan el riesgo de abandono frente al tratamiento oral habitual (3).
- **Aumentar la adherencia al tratamiento antipsicótico llevaría a una mejora en la seguridad y efectividad**, con una reducción de los costes asociados.2).
- La enfermera ostenta un papel fundamental en la adherencia terapéutica de los antipsicóticos depot, siendo la relación terapéutica personalizada la base fundamental de sus intervenciones (1).
- Potenciar actitudes positivas hacia el tratamiento y el establecimiento de acuerdos están en la base de las estrategias para mejorar la adherencia terapéutica (3).

BIBLIOGRAFÍA

1. Motañes Rada F, Pérez E, Pozuelo Ruiz M, Reinoso Barragán S, Takima Pozo K. Adherencia y efectividad de fármacos antipsicóticos de liberación prolongada en el ámbito hospitalario. 2019; 143 (30). Disponible en: https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/view/240
2. Bioque M, García Rizo C, Garriga M. Antipsicóticos inyectables de larga duración. Revista psicofarmacología. 2019; 5 (1): 3-18. Disponible en: https://web.archive.org/web/20200507075849id_/http://www.revisionesenpsicofarmacologia.com/files/rpf_19_5_1_003-008.pdf
3. Rodríguez Díaz L. Rol de enfermería en la adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia. 2022. Disponible en: https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/28977

Resumen: La adherencia terapéutica es el grado en que la conducta de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas por un profesional de la salud.

Los fármacos antipsicóticos son el eje central del tratamiento de la esquizofrenia. Uno de los principales avances es la creación de fármacos antipsicóticos de administración intramuscular de absorción retardada (depot).

Por ello se realiza una revisión bibliográfica para evaluar la efectividad del uso de antipsicóticos depot para mejorar la adherencia terapéutica en personas con esquizofrenia; los cuales han demostrado tener numerosas ventajas frente a los antipsicóticos orales.

Palabras clave: Cumplimiento y adherencia al tratamiento, Antipsicóticos, Esquizofrenia.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La adherencia terapéutica es el grado en que la conducta de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas por un profesional de la salud. Se trata de un fenómeno complejo y multifactorial[1].

La enfermera ostenta un papel muy destacado en la adherencia terapéutica, realizando una serie de intervenciones dirigidas a su fortalecimiento[2].

Los fármacos antipsicóticos son el eje central del tratamiento de la esquizofrenia. Sin embargo, a veces hay abandonos en el seguimiento del tratamiento, lo que supone un riesgo de recaídas, ingresos hospitalarios; entre otras consecuencias perjudiciales para el paciente[2].

Uno de los principales avances destinados a evitar este abandono, es la creación de fármacos antipsicóticos de administración intramuscular de absorción retardada (depot). Algunos ejemplos son: aripiprazol, paliperidona o risperidona[1].

Objetivos:

Revisión bibliográfica para evaluar la efectividad del uso de antipsicóticos depot para mejorar la adherencia terapéutica en personas con esquizofrenia; frente a los antipsicóticos vía oral.

Material y Métodos:

Se realiza una búsqueda bibliográfica para responder a la siguiente pregunta en **formato PICO:** ¿Es efectivo el uso de antipsicóticos depot para mejorar la adherencia en personas con esquizofrenia?

P (Población): Personas con esquizofrenia.

I (Intervención): Uso de antipsicóticos depot

C (Comparador): Uso de antipsicóticos por vía oral.

O (Resultados): Mejorar la adherencia terapéutica.

Para ello se buscó en diferentes bases de datos: Medline a través de Pubmed, Cochrane, Scielo, Cuiden, Dialnet, Science Direct.

Los criterios de inclusión fueron: Idiomas español e inglés, artículos de los últimos 5 años, artículos con texto gratuito a tiempo completo, estudios centrados en profesionales sanitarios.

Se utilizaron los siguientes DECS/MESH: Cumplimiento y adherencia al tratamiento / Treatment Adherence and Compliance; Antipsicóticos / Antipsychotic Agents; Esquizofrenia / Schizophrenia.

Se encontraron 69 artículos, que se filtraron por lectura inicialmente de título y posteriormente de resumen. De entre los artículos seleccionados se realiza una lectura crítica y se seleccionan finalmente 3 para este trabajo.

Resultados:

Los antipsicóticos depot tienen las siguientes ventajas con respecto a los antipsicóticos administrados por vía oral[2]:

- Facilitan el cumplimiento del tratamiento.

- No tienen riesgo de sobredosis.

- Menor frecuencia en la necesidad de administración del fármaco.

- Contacto periódico con el paciente, lo que permite evaluar su estado y contribuye a la estabilización.

La única desventaja descrita con respecto a los antipsicóticos orales son molestias derivadas de la inyección (dolor, temor a la administración, desplazamiento para acudir a la cita…)[2].

Conclusión:

Los antipsicóticos depot son una opción terapéutica ante el riesgo de incumplimiento terapéutico, situación muy frecuente en la esquizofrenia, ya que minimizan el riesgo de abandono frente al tratamiento oral habitual[3].

Aumentar la adherencia al tratamiento antipsicótico llevaría a una mejora en la seguridad y efectividad, con una reducción de los costes asociados[2].

La enfermera ostenta un papel fundamental en la adherencia terapéutica de los antipsicóticos depot, siendo la relación terapéutica personalizada la base fundamental de sus intervenciones[1].

La potenciación de actitudes positivas hacia el tratamiento y el establecimiento de acuerdos están en la base de las estrategias para mejorar la adherencia terapéutica[3].

Bibliografía

1.- Motañes Rada F, Pérez E, Pozuelo Ruiz M, Reinoso Barragán S, Takima Pozo K. Adherencia y efectividad de fármacos antipsicóticos de liberación prolongada en el ámbito hospitalario. 2019; 143 (30). Disponible en: https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/view/240

2. - Bioque M, García Rizo C, Garriga M. Antipsicóticos inyectables de larga duración. Revista psicofarmacología. 2019; 5 (1): 3-18. Disponible en: https://web.archive.org/web/20200507075849id_/http://www.revisionesenpsicofarmacologia.com/files/rpf_19_5_1_003-008.pdf

3.- Rodríguez Díaz L. Rol de enfermería en la adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia. 2022. Disponible en: https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/28977

SATSE Sindicato de Enfermería

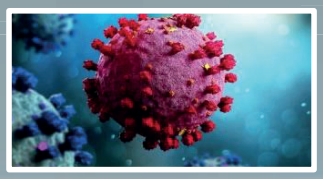
Capítulo 198

Uso de ketamina intravenosa para el manejo del dolor crónico neuropático. Caso clínico.

Rodrigo Martín, Sonia
Ruiz González, Flor María

USO DE KETAMINA INTRAVENOSA PARA EL MANEJO DEL DOLOR CRÓNICO NEUROPÁTICO. CASO CLÍNICO.

Rodrigo Martín, Sonia
Ruiz González, Flor María



INTRODUCCIÓN

En torno a 767 millones de personas han padecido la COVID-19 y gran parte ha requerido ingreso en UCI desarrollando importantes secuelas neurológicas.
Se presenta caso clínico de paciente diagnosticado de polineuromiopatía del enfermo crítico con dolor crónico, resistente a tratamientos convencionales y se propone tratamiento IV de ketamina, lidocaína y sulfato de magnesio.



OBSERVACIÓN CLÍNICA

Varón de 56 años que, tras estancia superior a 3 meses en UCI por SARS-CoV-2, presenta atrofia muscular en MMII y neuropatías en MMSS en zona de nervios radiales. Refiere dolor intenso (EVA>8). Dependiente para ABVD.
En tratamiento con opiodes y técnicas intervencionistas con escasa respuesta.
Se administra tto IV de ketamina, lidocaína y sulfato de magnesio en perfusión continua durante 5 días ininterrumpidamente, incrementando dosis progresivamente.



PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS

VALORACIÓN (Marjoy-Gordon)
- Patrón 6: Cognoscitivo/Perceptual alterado

NANDA
- 00133 - Dolor crónico relacionado con incapacidad física crónica y/o incapacidad psicosocial crónica

NOC
- 2102 - Nivel de dolor
- 2101 - Dolor: efectos nocivos
- 1306 - Dolor: respuesta psicológica adversa

NIC
- 1400 - Manejo del dolor
- 2210 - Administración de analgésicos
- 5270 - Apoyo emocional
- 5230 - Aumentar el afrontamiento



DISCUSIONES-CONCLUSIONES

- Largos periodos de encamamiento, junto con otros factores, afectan negativamente sobre el sistema nervioso central y periférico.
- El tratamiento intravenoso con ketamina es una alternativa cuando el tratamiento convencional para el dolor crónico no es efectivo.

Resumen: Tras la pandemia por SARS-CoV-2, la polineuromiopatía del enfermo crítico cada vez está más presente.

Se presenta caso clínico de paciente de 56 años con dolor crónico neuropático en ambos MMSS por estancia prolongada en UCI, polimedicado, dependiente de opioides y con escasa mejoría a pesar de ello y de técnicas intervencionistas.

Se decide tratamiento endovenoso combinado de lidocaína, ketamina y sulfato de magnesio en perfusión continua.

Palabras clave: Analgésicos opioides, Ketamina, COVID-19

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Gran parte de la población mundial ha padecido la COVID-19. Un alto porcentaje se recupera en semanas pero otras tantas siguen teniendo secuelas. Entre ellas, cabe destacar las consecuencias neurológicas que, a día de hoy, no tienen tratamiento definido por el escaso conocimiento que se tiene aún sobre esta enfermedad.

Muchos pacientes han requerido ingreso en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Esto ha conllevado el uso de tratamientos neurotóxicos, estancias prolongadas de encamamiento, cambios posturales supino a prono para mejorar la función respiratoria, etc. pero que a nivel neurológico, ha derivado en secuelas como la neuropatía del enfermo crítico.

Hoy por hoy y con el escaso conocimiento que tenemos aún sobre la enfermedad y sus secuelas, se han empezado a diagnosticar cuadros de dolor crónico neuropático. Éste, se define como aquel causado por enfermedad o lesión del sistema nervioso central o periférico.

Bien por el desconocimiento de esta enfermedad y por el infradiagnóstico de este tipo de dolor, no existe un tratamiento definido. Con frecuencia, este tipo de pacientes están polimedicados, muchos de ellos con dependencia a opioides que en ocasiones resultan ineficaces. Además, también son sometidos a técnicas intervencionistas que no siempre son lo suficientemente efectivas.

La ketamina es un anestésico poco utilizado con este fin, pero sí indicado a menudo como analgésico para el dolor agudo y crónico. La ketamina, junto con la lidocaína y el sulfato de magnesio como coadyuvantes en el manejo analgésico, parecen aumentar la sinergia. Aunque no existen muchos estudios que lo evidencien, cada vez se usa este tipo de tratamientos combinados con el fin de paliar estos cuadros de dolor crónico.

Todo ello implica el manejo adecuado y minucioso por parte de los profesionales de la salud, especialmente, de enfermería vigilando signos síntomas del paciente, monitorizando constantes vitales y la aparición de posibles efectos adversos.

Se presenta el caso de un paciente con las características anteriormente descritas, el cual, tras haber sido sometido a diferentes técnicas para el tratamiento del dolor, no se ha obtenido la respuesta esperada. Se propone la administración de tratamiento combinado de ketamina, lidocaína y sulfato de magnesio en perfusión continua durante cinco días ininterrumpidos.

Observación Clínica:

Paciente varón de 56 años que es derivado a la Unidad del Dolor desde el servicio de Rehabilitación con el diagnóstico de dolor crónico neuropático tras larga estancia en UCI por SARS-CoV-2 donde ha sido sometido a numerosos tratamientos neurotóxicos, largo periodo de encamamiento, cambios posturales entre supino-prono, etc.

Presenta atrofia muscular en ambos miembros inferiores y neuropatías en miembros superiores de predominio distal en ambos nervios radiales. Refiere episodios de mayor intensidad que empeoran con el calor. Ha perdido movilidad en manos dedos, con incapacidad de realizar flexión completa de las manos. Presenta dolor neuropático en región interna del antebrazo y dorso de las manos, sin alodinia.

En la escala visual analógica (EVA, donde 0 es nada de dolor y 10 el peor dolor imaginable) refiere dolor >8.

En tratamiento con palexia, gabapentina y zaldiar. Ha sido sometido a numerosas técnicas de bloqueos de nervios periféricos, así como radiofrecuencias pulsadas de nervios radiales y cubitales que no han resultado efectivas.

Se propone tratamiento intravenoso combinado de ketamina, lidocaína y sulfato de magnesio de manera ininterrumpida durante cinco días, aumentando dosis de ketamina progresivamente. Se entrega consentimiento informado y acepta. Tras finalización del tratamiento, se entrega informe de alta y consulta para revisión en un mes. El paciente refiere haber mejorado consiguiendo reducir su tratamiento farmacológico de base. Refiere EVA de 4-5 en reposo y en movimiento, con clara mejoría de su calidad de vida.

Plan de cuidados de enfermería:

Se inicia valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon.

Patrón 6: Cognoscitivo/Perceptual alterado. Refiere grado de dolor intenso (EVA>8). Actualmente, dependiente para algunas actividades de la vida diaria, como el aseo y vestirse/desvestirse. Presenta alto grado de ansiedad y depresión.

Diagnóstico NANDA

00133 - Dolor crónico relacionado con incapacidad física crónica y/o incapacidad psicosocial crónica

Resultados NOC

2102 - Nivel de dolor

2101 - Dolor: efectos nocivos

1306 - Dolor: respuesta psicológica adversa

Intervenciones NIC

1400 - Manejo del dolor

2210 - Administración de analgésicos

5270 - Apoyo emocional

5230 - Aumentar el afrontamiento

Discusión y conclusiones:

Los cambios posturales asociados a la malnutrición, la incapacidad de expresar el disconfort y el uso de medicación, entre otros, han podido actuar de manera negativa sobre estructuras que ya estaban dañadas previamente por la afectación neurológica del virus.

El tratamiento intravenoso combinado supone una alternativa a la medicina convencional que, en este caso, ha resultado insuficiente para el manejo analgésico.

Se ha de seguir investigando, pues en la actualidad no existen suficientes estudios que demuestren la efectividad de este tratamiento y la tolerancia a largo plazo.

Bibliografía

1.- Juárez-Belaúnde A, Serrano Afonso AA. Dolor neuropático y COVID-19: una relación silente [Neuropathic pain and COVID-19: A silent relationship]. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2022 Dec;69(10):708-709.

2.-Martínez Cruz Bertha Lidia, Ramírez Campaña Jesús Cleofás, Morales Barraza Ariel, Santos Alvarado Leonardo, Arrambí Díaz Cíbeles. Efecto de una rehabilitación temprana en pacientes con debilidad adquirida en la Unidad de Cuidados Intensivos. Med. crít. (Col. Mex. Med. Crít.) [revista en la Internet]. 2022 [citado 2023 Mayo 07]; 36(1): 39-44.

3.- Ballvé A, Llauradó A, Palasí A, Quintana M, Martínez-Sáez E, Laínez E, Raguer N, Juntas R. Debilidad como complicación del paciente crítico por COVID-19: características clínicas y factores pronósticos en una serie de casos. Rev Neurol 2021;73 (01):10-16

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 199

Uso de la Esketamina Intranasal.

Iniesta González, Marina
Martínez Lara, Paloma
Martos Sánchez, Almudena
Martínez Lao, Isabel
Castellanos Velázquez, Yolanda

USO DE LA ESKETAMINA INTRANASAL (SPRAVATO)

Marina Iniesta González, Paloma Martinez Lara, Almudena Martos Sanchez, Isabel Martinez Lao, Yolanda Castellanos Velazquez

INTRODUCCIÓN



La **Esketamina (Spravato)**, un **antidepresivo de uso intranasal**, ha sido autorizada en España para tratar casos de Trastorno Depresivo Mayor (**TDM**) resistentes a otros medicamentos, el cual es considerado un avance revolucionario. La depresión es un trastorno psiquiátrico prevalente que afecta el estado de ánimo y la autoestima. La OMS estima que más de 180 millones de personales en el mundo padecen depresión. Además, la depresión resistente al tratamiento es común y puede conducir a pensamiento y actos suicidas. La esketamina se presenta como una **alternativa prometedora** en estos casos.

ADMINISTRACIÓN

Debe administrarse bajo la supervisión de un **profesional sanitario.**
La esketamina se administra en forma de pulverización nasal. **Por cada dispositivo se administran dos pulverizaciones nasales (una en cada fosa nasal) con un total de 28mg de esketamina por dispositivo.**
Si el paciente mantiene un tratamiento activo con algún otro pulverizador nasal, deberá pasar al menos una hora entre ambos fármacos.
La dosis del fármaco va aumentando de forma escalonada hasta llegar a la dosis recomendada, manteniendo el tratamiento durante al menos 6 meses.



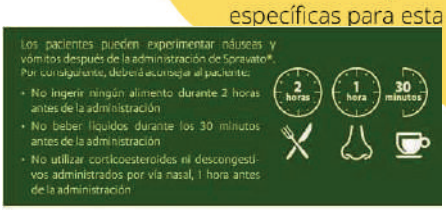
OBJETIVOS

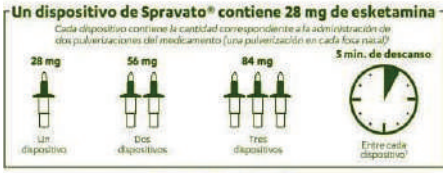
El TDM es una enfermedad mental muy común y están emergiendo nuevas opciones terapéuticas para abordarla. Dado que la esketamina es un medicamento innovador, se busca **capacitar a los profesionales** de la salud sobre su **mecanismo de acción**, su **administración** y los posibles **efectos adversos** y **contraindicaciones** específicas para esta condición.

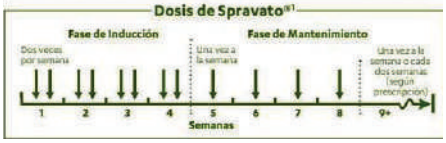
EFECTOS ADVERSOS

Muy frecuentes (+1 de cada 10): Náuseas, vómitos, sensación de mareo, sensación de desconexión, somnolencia, alteración del gusto, disminución de la sensibilidad, vértigo, aumento de tensión arterial.

Frecuentes (1 de cada 10): ansiedad, felicidad extrema, confusión, irritabilidad, alucinaciones, agitación, angustia, percepción errónea del tiempo, hormigueo o sequedad en la boca, temblores, problemas de concentración, dificultad al hablar, visión borrosa, acúfenos, palpitaciones, molestias nasales o de garganta, sudoración, problemas al orinar, debilidad.







CONTRAINDICACIONES

Su uso está desaconsejado en **embarazadas** y madres **lactantes** por su riesgo de neurotoxicidad.
No es necesaria ajustar la dosis de esketamina en pacientes con insuficiencia renal. La vida media del fármaco en el organismo es mayor en aquellos pacientes con insuficiencia hepática moderada. No es recomendable el uso en pacientes con **insuficiencia hepática grave** puesto que aún no se ha investigado.
Este medicamento puede provocar somnolencia por lo que tampoco se recomienda conducir durante su tratamiento.

PROBLEMAS DE LA ESKETAMINA

La esketamina muestra resultados inconsistentes en estudios a corto plazo y presenta **efectos adversos** como aumento de la presión arterial y somnolencia. La incidencia de efectos alucinógenos es alta y existe preocupación por el abuso del fármaco. Se sugiere realizar más ensayos clínicos a largo plazo. El alto precio también es polémico. A pesar de todo, la esketamina ofrece una **nueva opción terapéutica** para la depresión.

CONCLUSIONES

La esketamina es un **nuevo fármaco prometedor** para los pacientes psiquiátricos con TDM, junto con los tratamientos convencionales orales. Sin embargo, al ser un fármaco novedoso, **no disponemos de suficientes estudios a largo plazo**, lo cual sería conveniente **seguir investigando** sobre este tema.

BIBLIOGRAFÍA

1) Bozymski, K. M., Crouse, E. L. B., Titus-Lay, E. N., Ott, C. A., Nofziger, J. L., & Kirkwood, C. K. (2019). Esketamine: A Novel Option for Treatment-Resistant Depression. Annals of Pharmacotherapy, 54(6), 567-576. 2) https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/1191410001/P_1191410001.html 3) Schroder, H. S., Patterson, E. H., & Hirshbein, L. (2022). Treatment-resistant depression reconsidered. Elsevier, 2, 100081. 4) Jalloh, M. (2020, 15 marzo). Esketamine (Spravato) for Treatment-Resistant Depression. AAFP.

Resumen: La esketamina, un antidepresivo intranasal, ha sido autorizada en España como tratamiento para el Trastorno Depresivo Mayor (TDM) resistente a otros medicamentos. La depresión es una enfermedad prevalente que puede llevar a pensamientos suicidas. La esketamina se presenta como una alternativa prometedora, pero su administración requiere supervisión médica y puede tener efectos adversos como náuseas y somnolencia. Se necesita más investigación a largo plazo sobre su eficacia y seguridad, pero a pesar de sus problemas, la esketamina ofrece una nueva opción terapéutica para la depresión.

Palabras clave: Esketamina, Intranasal, Spravato®

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La autorización de la Esketamina (Spravato®) en España para tratar casos de Trastorno Depresivo Mayor (TDM) refractario a otros fármacos ha sido reconocida como un avance revolucionario. La depresión, un trastorno psiquiátrico prevalente que afecta el estado de ánimo y la autoestima, afecta a más de 180 millones de personas en todo el mundo según la OMS. La esketamina se presenta como una opción prometedora para los casos de depresión resistente al tratamiento, que a menudo conlleva pensamientos y actos suicidas.

Objetivos:

El Trastorno Depresivo Mayor (TDM) es una enfermedad mental extendida y se están desarrollando nuevas alternativas terapéuticas para tratarla. Debido a que la esketamina es un medicamento innovador, se busca brindar capacitación a los profesionales de la salud sobre cómo funciona, cómo se administra y los posibles efectos secundarios y contraindicaciones específicas para esta condición.

Material y Métodos:

La elaboración de este proyecto se llevó a cabo mediante la investigación bibliográfica de estudios científicos relacionados con el tema en la plataforma de búsqueda PubMed. Se utilizaron palabras clave como "esketamina", "intranasal" y "spravato®". Como resultado, se realizó una revisión exhaustiva de la literatura, que fue plasmada en un póster infográfico para su presentación.

Resultados:

• ADMINISTRACIÓN:

La administración de esta medicación debe ser realizada bajo la supervisión de un profesional de la salud. La esketamina se administra en forma de spray nasal. Se aplican dos pulverizaciones (una en cada fosa nasal) con un total de 28 mg de esketamina por dispositivo. Si el paciente está utilizando otro spray nasal, se debe esperar al menos una hora entre las aplicaciones de los diferentes medicamentos.

La dosis del fármaco se aumenta gradualmente hasta alcanzar la dosis recomendada, y se recomienda continuar el tratamiento durante al menos 6 meses.

El paciente no debe comer nada durante las dos horas previas a la administración nasal, ni beber líquidos durante los 30 minutos anteriores. Si se necesita administrar más de 28 mg, se deben utilizar varios dispositivos. En estos casos, se debe descansar cinco minutos entre cada aplicación.

• POSIBLES EFECTOS ADVERSOS:

Muy frecuentes (+1 de cada 10): Náuseas, vómitos, sensación de mareo, sensación de desconexión, somnolencia, alteración del gusto, disminución de la sensibilidad, vértigo, aumento de tensión arterial.

Frecuentes (1 de cada 10): ansiedad, felicidad extrema, confusión, irritabilidad, alucinaciones, agitación, angustia, percepción errónea del tiempo, hormigueo o sequedad en la boca, temblores, problemas de concentración, dificultad al hablar, visión borrosa, acúfenos, palpitaciones, molestias nasales o de garganta, sudoración, problemas al orinar, debilidad, llanto.

Existen otros efectos adversos menos frecuentes.

• CONTRAINDICACIONES:

Se desaconseja el uso de este medicamento en mujeres embarazadas y en período de lactancia debido al riesgo de neurotoxicidad.

No es necesario ajustar la dosis de esketamina en pacientes con insuficiencia renal. Sin embargo, la vida media del fármaco es más prolongada en pacientes con insuficiencia hepática moderada. No se recomienda su uso en pacientes con insuficiencia hepática grave, ya que no se ha investigado lo suficiente.

Este medicamento puede causar somnolencia, por lo tanto, no se recomienda conducir durante el tratamiento.

• PROBLEMAS DE LA ESKETAMINA:

La esketamina muestra resultados inconsistentes en estudios a corto plazo y presenta efectos adversos como aumento de la presión arterial y somnolencia. La incidencia de efectos alucinógenos es alta y existe preocupación por el abuso del fármaco. Se sugiere realizar más ensayos clínicos a largo plazo. El alto precio también es polémico. A pesar de todo, la esketamina ofrece una nueva opción terapéutica para la depresión.

Conclusiones:

La esketamina es un nuevo fármaco prometedor para los pacientes psiquiátricos con TDM, junto con los tratamientos convencionales orales. Sin embargo, al ser un fármaco novedoso, no disponemos de suficientes estudios a largo plazo, lo cual sería conveniente seguir investigando sobre este tema.

Bibliografía

1.- Bozymski, K. M., Crouse, E. L. B., Titus-Lay, E. N., Ott, C. A., Nofziger, J. L., & Kirkwood, C. K. (2019). Esketamine: A Novel Option for Treatment-Resistant Depression. Annals of Pharmacotherapy, 54(6), 567-576.

2.- https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/1191410001/P_1191410001.html:

3.- Schroder, H. S., Patterson, E. H., & Hirshbein, L. (2022). Treatment-resistant depression reconsidered. Elsevier, 2, 100081.

4.- Jalloh, M. (2020, 15 marzo). Esketamine (Spravato) for Treatment-Resistant Depression. AAFP.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 200

Uso de la Vía Intraósea en Urgencias. Ventajas e Inconvenientes

Gómez Plaza, María
Plaza Zamora, María del Prado

USO DE LA VÍA INTRAOSEA EN URGENCIAS. VENTAJAS E INCONVENIENTES

Autores: Maria Gómez Plaza, Maria del Prado Plaza Zamora,

INTRODUCCIÓN

En situaciones de emergencia sanitaria, el conseguir un rápido acceso venoso constituye una de las medidas más importantes a realizar por los profesionales sanitarios. Esto permite una rápida administración de fármacos, líquidos o hemoderivados lo cual es de vital importancia en urgencias extra hospitalarias (1)



METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo se han utilizado diferentes bases de datos, entre las que se incluyen: Dialnet, Google Académico, a partir de los cuales se obtuvo acceso a la literatura en formato digital. Fueron necesarios distintos filtros de búsqueda entre los que se encuentran "Publicación en los últimos 10 años", también se utilizaron palabras clave como: "vía interósea" "vía venosa periférica" "acceso vascular" "paciente critico"



RESULTADOS

Hoy en día, el uso de la vía interósea tanto en niños como en adultos está indicado y recomendado por la asociación American Heart Associaton (AHA) (4). La vía interósea presenta características similares con respecto a la vía venosa periférica. La biodisponibilidad es muy parecida, constituyen accesos vasculares que no se colapsan y además, en ambas pueden extraerse muestras sanguíneas (2).

Ventajas de la vía interósea (5):

·Rapidez (6).

·No se colapsa en caso de que el paciente se encuentre en situación de shock o parada cardiorespiratoria.

·Permite obtener muestras sanguíneas y administrar todo tipo de medicación o líquidos

·Canalización de la vía sencilla y segura (5)

A pesar de sus grandes ventajas, existen ciertas situaciones en los que esta técnica está contraindicada como puede ser: fractura del hueso, celulitis, osteoporosis, quemadura, tumores óseos. Tampoco se recomienda el uso de esta técnica en huesos de miembros inferiores donde el paciente haya sufrido un traumatismo abdominal grave

Complicaciones de la vía interósea:

Las complicaciones de esta técnica tienen un índice bajo. Dentro de ellos el más frecuente es la extravasación de líquidos (5).

Otras complicaciones habituales, son (7):

·Problema de aspiración

·Problema para acceder al periostio

·Infusión de medicamentos o líquidos lenta

·Dolor



DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

En extra hospitalaria, en situaciones de emergencia, es de vital importancia conseguir un rápido acceso vascular con el fin de reducir la morbimartalidad del paciente. La vía interósea consiste en un acceso rápido, fácil y seguro tanto para el paciente como para los profesionales sanitarios en aquellas situaciones de emergencia sanitaria cuando no es posible conseguir una vía venosa periférica.

Sería recomendable que estos profesionales sanitarios se formasen tanto en cursos teóricos como prácticos sobre esta técnica, con el fin de mejorar su uso y concienciar sobre los beneficios que conlleva

SATSE

Resumen: Existen situaciones de emergencia sanitaria donde canalizar una vía venosa periférica resulta complicado o imposible. La vía intraósea se considera como segunda opción ya que es segura, rápida, sencilla y efectiva y permite administrar medicamentos o fluidos tal y como se haría con una vía venosa periférica

Palabras clave: Dispositivos de Acceso Vascular", "Urgencias médicas" "Extremidad Inferior"

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

En situaciones de emergencia sanitaria, el conseguir un rápido acceso venoso constituye una de las medidas más importantes a realizar por los profesionales sanitarios. Esto permite una rápida administración de fármacos, líquidos o hemoderivados lo cual es de vital importancia en urgencias extrahospitalarias (1)

La vía venosa periférica será la primera opción como acceso vascular en situaciones de emergencia, sin embargo, la canalización de esta en diversas situaciones puede llegar a ser muy complicada. Como segunda opción está la vía venosa central, pero en situaciones de emergencia extrahospitalaria normalmente se descarta por la dificultad y tiempo que lleva realizar esta técnica (2).

La vía interósea, a pesar de ser una técnica poco utilizada entre los profesionales sanitarios, resulta muy útil en aquellas personas con dificultad de acceso venoso ya que esta técnica es rápida, segura y efectiva convirtiéndose en una gran alternativa en estas situaciones. Además, gracias a los avances científicos, el uso de esta técnica cada vez resulta más sencilla y rápida. Cuando se usa esta vía de acceso, siempre hay que tener en cuenta que esta técnica es temporal y hay que quitarla cuando el paciente este estable o en el caso de que se haya podido canalizar otro acceso venoso (2,3).

Objetivos:

- Describir las características de la vía interósea.
- Describir las ventajas y contraindicaciones de esta técnica.
- Analizar las complicaciones que pueden surgir con el uso de la vía interósea.

Metodología:

Para la realización de este trabajo se han utilizado diferentes bases de datos, entre las que se incluyen: Dialnet, Google Académico, a partir de los cuales se obtuvo acceso a la literatura en formato digital. Fueron necesarios distintos filtros de búsqueda entre los que se encuentran "Publicación en los últimos 10 años"

Resultados:

Hoy en día, el uso de la vía interósea tanto en niños como en adultos está indicado y recomendado por la American Heart Association (AHA) (4).

La vía interósea presenta características similares con respecto a la vía venosa periférica. La biodisponibilidad es muy parecida, constituyen accesos vasculares que no se colapsan y además, en ambas pueden extraerse muestras sanguíneas (2).

Para llevar a cabo esta técnica el paciente debe de estar en decúbito supino, rotando y flexionando la pierna, tomando como punto de inserción 1-3cm por debajo de la tuberosidad tibial. Una vez localizado el punto de inserción, este se anestesia y se coloca la aguja perpendicularmente con una inclinación de 10 a 15 grados realizando presión con el fin de llegar al periostio, esto debe de realizarse de forma estéril. Para finalizar se debe de quitar el seguro y comprobar la permeabilidad de la vía conseguida (2).

Ventajas de la vía interósea (5):

• Rapidez (menos de un minuto) y gran porcentaje de éxito en su canalización (más del 90% de éxito). Lo que indica que es una vía de acceso a elegir en urgencias extrahospitalarias. De hecho, en el estudio de Ramos D donde se lleva la comparación de la vía venosa central con la interósea se observa que el tiempo de canalización de la vía venosa central oscila entre los 10 y 15 minutos, mientras que la ósea no llega ni a los 3 minutos (6).

• No se colapsa en caso de que el paciente se encuentre en situación de shock o parada cardiorrespiratoria.

• Permite obtener muestras sanguíneas y administrar todo tipo de medicación o líquidos parecidos a los que se administran por vía venosa periférica. Cuando se administra algún tipo de medicación por esta vía debe de administrarse posteriormente 5ml se suero fisiológico para asegurar de que esta medicación llega a la circulación sistémica.

• Canalización de la vía sencilla y segura (5)

A pesar de sus grandes ventajas, existen ciertas situaciones en los que esta técnica está contraindicada como puede ser: fractura del hueso, celulitis, osteoporosis, quemadura, tumores óseos. Tampoco se recomienda el uso de esta técnica en huesos de miembros inferiores donde el paciente haya sufrido un traumatismo abdominal grave (2,5).

Complicaciones de la vía interósea:

Se recomienda no mantener la vía interósea más de 24h por el riesgo de sufrir osteomielitis. En el momento en el que el paciente se estabiliza o cuando se consiga otro acceso venoso es recomendable retirar esta vía (5).

Las complicaciones de esta técnica tienen un índice bajo. Dentro de ellos el más frecuente es la extravasación de líquidos debido a un error en la colocación de esta vía (5).

Otras complicaciones habituales según el estudio de Rodil JA et al, son (7):

• Problema de aspiración de la medula ósea

• Problema para acceder al periostio

- Infusión de medicamentos o líquidos lenta
- Dolor

Conclusiones:

En extrahospitalaria, en situaciones de emergencia, es de vital importancia conseguir un rápido acceso vascular con el fin de reducir la morbimortalidad del paciente. La vía interósea consiste en un acceso rápido, fácil y seguro tanto para el paciente como para los profesionales sanitarios en aquellas situaciones de emergencia sanitaria cuando no es posible conseguir una vía venosa periférica.

Su uso posee un 95% de éxito sin apenas complicaciones. Gracias a esta técnica los pacientes en situación crítica pueden recibir la medicación y los líquidos necesarios igual o de manera parecida a la vía venosa periférica.

Sería recomendable que estos profesionales sanitarios se formasen tanto en cursos teóricos como prácticos sobre esta técnica, con el fin de mejorar su uso y concienciar sobre los beneficios que conlleva.

Bibliografía

1.-Míguez Burgos A, Muñoz Simarro D, Tello Pérez S. Una alternativa poco habitual: la vía intraosea. Enferm Glob [Internet]. 2011 [citado el 20 de mayo de 2023];10(24):0–0. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000400014

2.- Investigación RS. Eficiencia de la técnica de inserción de la vía intraósea en pacientes politraumatizados [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2023 [citado el 20 de mayo de 2023]. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/eficiencia-de-la-tecnica-de-insercion-de-la-via-intraosea-en-pacientes-politraumatizados/

3.- Mendoza J, Távara MC. Efectividad de la inserción de la vía intraósea para la atención de pacientes en situación de emergencia extrahospitalaria. Trabajo fin de especialidad. Universidad privada Norbert Wiener; 2019

4.- Bataller Monzó C, Mata Castilla B de la, Montiel López M, Arcos Carvajal M. La vía intraósea en el soporte vital avanzado. 2015 [citado el 20 de mayo de 2023]; Disponible en: https://e-archivo.uc3m.es/handle/10016/21790?show=full

5.- Barrios SV, Giménez CP, Del Alba Gálvez Romero M, Huerta JC, Loscertales PH, Romero IP. Vía intraósea, una vía alternativa. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 2023 [citado el 20 de mayo de 2023];4(3):71. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8908548

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 201

Uso de la Vía Subcutánea en Atención Primaria

Gómez-Caraballo Jiménez de los Galanes, Jesús Manuel.

USO DE LA VÍA SUBCUTÁNEA EN ATENCIÓN PRIMARIA

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

INTRODUCCIÓN

La vía subcutánea se presenta como una alternativa a la vía oral cuando ésta no es posible. Es por ello que en estos casos debemos fomentar la utilización de la vía subcutánea entre los profesionales de Atención Primaria. En el manejo de los pacientes paliativos está extendido el uso de esta vía, pero no es así en el resto de pacientes. Existen distintas situaciones en Atención Primaria donde nuestros enfermos se pueden beneficiar en numerosas ocasiones del uso de esta forma de administración de fármacos, no debiendo olvidar que la vía oral es la vía de elección. El hecho de que tradicionalmente se hayan empleado predominantemente otras vías nos obliga a profundizar en la búsqueda de alternativas con similar efectividad y con menor impacto sobre el paciente. Desde esta perspectiva la vía subcutánea aparece como una posibilidad a tener muy en cuenta en múltiples situaciones.

OBJETIVOS

El objetivo principal es hacer un repaso de los aspectos más importantes del uso de la vía subcutánea, los fármacos que se pueden administrar y sus distintas formas de administración, sus indicaciones, sus ventajas y sus inconvenientes, de manera que tanto el médico de familia como el diplomado en enfermería tenga información y recursos suficientes para poder utilizarla con seguridad en su práctica clínica diaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica de artículos obtenidos de las bases de datos: Uptodate, Scielo y Pubmed. Descriptores: Vía subcutánea, Atención Primaria, fármacos vía subcutánea.
TECNICA: La colocación se realiza utilizando una palomilla de calibre 21G o 23G. Previo lavado de manos y colocación de guantes, se procede a purgar la palomilla con suero o directamente con la medicación a utilizar. A continuación, se desinfecta con povidona yodada o alcohol la zona de punción, que debe ser una zona de piel limpia, sin heridas y sin vello (generalmente deltoides, infraclavicular, y en menor medida cuadrantes superiores abdominales). Previamente pellizcada la piel para identificar el tejido celular subcutáneo, se coloca la palomilla incidiendo con un ángulo de 45º sobre la piel y se coloca encima un apósito transparente (Tegaderm) que nos permitirá observar si existen complicaciones en el lugar de punción. Se procede a enrollar el extremo distal de la palomilla (el propio plástico tiende a enrollarse siempre en el mismo sentido) y se fija con un nuevo apósito transparente. Para finalizar se coloca un apósito donde hemos apuntado la fecha de colocación.

RESULTADOS

La vía subcutánea presenta los mismos beneficios que la endovenosa, con una eficacia idéntica, segura, mucho menos molesta y dolorosa. Se convierte en un elemento fundamental en el control de síntomas de la enfermedad terminal durante las 24 horas del día cuándo la vía oral deja de ser válida. Posee una biodisponibilidad del 100% y las contraindicaciones son muy escasas:
-No mezclar más de tres fármacos.
-Desechar mezclas turbias o con precipitados.
-El cloruro mórfico, haloperidol y dexametasona son fotosensibles, debiendo ser protegidos de la luz.
-La dexametasona, diclofenaco, ketoloraco y levopromacina no deben mezclarse con otros fármacos.

Síntomas más frecuentes y tratamiento habitual:

SÍNTOMAS	FÁRMACO
Dolor	-Ketorolaco (Primer escalón) -Tramadol (Segundo escalón) -Cloruro mórfico (Tercer escalón) -Dexametasona -N-butilbromuro de hioscina
Sedación	-Cloruro Mórfico -Midazolam
Disnea	-Cloruro mórfico -Dexametasona
Náuseas/vómitos	-Metoclopramida -Haloperidol -Levopromacina -N-butilbromuro de hioscina
Secreción respiratoria Estertores premórtem Espasmo vesical	-N-butilbromuro de hioscina
Estado confusional	-Haloperidol -Midazolam -Levopromazina
Oclusión intestinal	-Haloperidol -Metoclopramida -Dexametasona
Fiebre	-Ketorolaco -Dexametasona
Convulsiones	-Midazolam
Hipertensión intracraneal Compresión medular Síndrome vena cava superior	-Dexametasona

CONCLUSIONES

La vía subcutánea debe ser un recurso más utilizado en atención primaria, y no sólo en el manejo de pacientes paliativos, sino en cualquier patología aguda o crónica que se pueda beneficiar de las características descritas de esta vía.
Su facilidad de uso, su bajo índice de complicaciones, la posibilidad de adiestrar a los pacientes y/o familiares en su uso, el arsenal terapéutico disponible y su efectividad y seguridad la convierten en un instrumento propicio para su uso en el primer nivel asistencial, siendo especialmente importante la coordinación entre médico y diplomado en enfermería.
Sería conveniente organizar pequeñas sesiones clínicas de carácter eminentemente práctico en los equipos de los centros de salud para "perder el miedo" y conocer un poco mejor las posibilidades que nos ofrece esta vía, además de incluir en los programas docentes pre y postgrado de medicina y enfermería referencias concretas a este respecto.

Bibliografía:
1.- Odriozola Bilbao I, Fernández Robles D. Manejo de la vía subcutánea en Atención Primaria. Un proyecto educativo para la formación de las competencias enfermeras 2021.
2.-Ayuso Murillo D, Fontán Vinagre G. Guía de Recomendaciones Prácticas. Uso de la vía subcutánea. Octubre 2021.
3.- Pascual López L, Portaceli Armiñada A, Ros Sáez A. Utilización de la vía subcutánea para el control de síntomas en un centro de salud. Atención Primaria 2020.

Resumen: La vía subcutánea (VSC) es una alternativa a la vía oral cuando ésta no es posible. Debemos fomentar la utilización de la VSC en Atención Primaria. En el manejo de los pacientes paliativos sí es común su uso, pero no lo es en el resto. Existen situaciones en Atención Primaria donde nuestros enfermos se pueden beneficiar de esta forma de administración de fármacos, siendo la vía oral la primera elección. La VSC es menos molesta y dolorosa que la endovenosa. Es fundamental en el control de síntomas de la enfermedad terminal cuando la vía oral deja de ser válida.

Palabras clave: Vía subcutánea, Atención Primaria, Fármacos vía subcutánea.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La vía subcutánea se presenta como una alternativa a la vía oral cuando ésta no es posible. Es por ello que en estos casos debemos fomentar la utilización de la vía subcutánea entre los profesionales de Atención Primaria. En el manejo de los pacientes paliativos está extendido el uso de esta vía, pero no es así en el resto de los pacientes. Existen distintas situaciones en Atención Primaria donde nuestros enfermos se pueden beneficiar en numerosas ocasiones del uso de esta forma de administración de fármacos, no debiendo olvidar que la vía oral es la vía de elección.

Objetivos:

El objetivo principal es hacer un repaso de los aspectos más importantes del uso de la vía subcutánea, los fármacos que se pueden administrar y sus distintas formas de administración, sus indicaciones, sus ventajas y sus inconvenientes, de manera que tanto el médico de familia como el diplomado en enfermería tenga información y recursos suficientes para poder utilizarla con seguridad en su práctica clínica diaria.

Material y Método:

Revisión bibliográfica de artículos obtenidos de las bases de datos: Uptodate, Scielo y Pubmed. Descriptores: Vía subcutánea, Atención Primaria, fármacos vía subcutánea.

Técnica: La colocación se realiza utilizando una palomilla de calibre 21G o 23G. Previo lavado de manos y colocación de guantes, se procede a purgar la palomilla con suero o directamente con la medicación a utilizar. Previamente pellizcada la piel para identificar el tejido celular subcutáneo, se coloca la palomilla incidiendo con un ángulo de 45o sobre la piel y se coloca encima un apósito transparente.

Conclusiones:

La vía subcutánea debe ser un recurso más utilizado en atención primaria, y no sólo en el manejo de pacientes paliativos, sino en cualquier patología aguda o crónica que se pueda beneficiar de las características descritas de esta vía.

Su facilidad de uso, su bajo índice de complicaciones, la posibilidad de adiestrar a los pacientes y/o familiares en su uso, el arsenal terapéutico disponible y su efectividad y seguridad la convierten en un instrumento propicio para su uso en el primer nivel asistencial, siendo especialmente importante la coordinación entre médico y diplomado en enfermería.

Bibliografía

1.- Odriozola Bilbao I, Fernández Robles D. Manejo de la vía subcutánea en Atención Primaria. Un proyecto educativo para la formación de las competencias enfermeras 2021.

2.- Ayuso Murillo D, Fontán Vinagre G. Guía de Recomendaciones Prácticas. Uso de la vía subcutánea. Octubre 2021.

3.- Pascual López L, Portaceli Armiñada A, Ros Sáez A. Utilización de la vía subcutánea para el control de síntomas en un centro de salud. Atención Primaria 2020.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 202

Uso de la Vía Subcutánea en Cuidados Paliativos

Lucas Caballero, Marina
Angulo Guzmán, Lucía

Uso de la vía subcutánea en cuidados paliativos

Marina Lucas Caballero. Lucía Angulo Guzmán

Introducción

En la unidad de cuidados paliativos se hace un importante uso de vía subcutánea, técnica de fácil manejo que facilita el uso de medicamentos para el control de síntomas o como vía alternativa para la hidratación, a la vez que mejora la calidad de vida del paciente, objetivo primordial en los pacientes en situación terminal.

Material y método

Estudio descriptivo y longitudinal durante los meses de marzo y abril del año 2023 de los pacientes que formaban parte de la unidad de cuidados paliativos del Hospital Mancha Centro.

Objetivo

Realizar un estudio descriptivo del uso de la vía subcutánea en los pacientes pertenecientes a la unidad de cuidados paliativos domiciliaria del Hospital Mancha Centro de Alcázar de San Juan.

Resultados

Encontramos 114 pacientes con edades comprendidas entre 50 y 90 años. Del total de pacientes, a 29 de ellos se indicó la colocación de una vía subcutánea, siendo 14 varones, 15 mujeres.

La procedencia de los pacientes que necesitaron uso de vía subcutánea fueron, 14 pacientes del servicio de hospitalización, (oncología y otros servicios); 7 pacientes de domicilios y otros 7 pacientes de residencias de ancianos. Los pacientes presentan diferentes tumoraciones, siendo el cáncer de colón el más frecuente seguido del cáncer gástrico.

Encontramos también el uso de la vía subcutánea en 8 pacientes con demencia.

El motivo de indicación de la vía subcutánea fue en primer lugar el manejo de síntomas (10%), administración de medicación continua (17%, mediante infusor); y en tercer lugar para el uso de hipodermoclisis (8%) para hidratación.

En cuanto a la distribución por zonas de punción el mayor porcentaje aparece en la ubicación de la zona abdominal, zona escapular

En la mayoría de los pacientes el cambio de vía subcutánea se realizó a los 7 días según protocolo, mientras que en un 40% el cambio se realizó antes por reacciones cutáneas en el punto de inserción (infección local, hematoma, eritema, induración, dolor, absceso, edema o celulitis)., y un 5% por salida accidental de la aguja, desconexión del dispositivo o acodadura del tubo de la palomilla.

Conclusiones

La vía subcutánea resulta cómoda y sencilla de manejar por parte del profesional y por los familiares y suele ser bien tolerada por los pacientes con muy escasas complicaciones y efectos secundarios. Como podemos concluir tras la obtención de los resultados, la vía subcutánea es muy útil en el manejo de los síntomas del enfermo terminal y de la administración de suero como hidratación por vía subcutánea (hipodermoclisis) que contribuye a la mejora en su calidad de vida mostrándose como la vía de elección tras la vía oral.

Asimismo, esta vía ofrece la posibilidad de permanencia u hospitalización domiciliaria, dando la posibilidad de fallecer en el hogar, lo que suele ser el deseo de más de la mitad de las personas en CP, y permitiendo además que cuidadores familiares manejen esta vía en su vivienda.

Bibliografia

.Llimos A, Sibina M, Porta J, Ylla-Catala E, Ferrer M. Utilización de la vía subcutánea en cuidados paliativos. Med Paliat. 1999; 6(3): 121-127

Fernández González R, Amo Alfonso M. Utilidad de la vía subcutánea en atención domiciliaria como estrategia de atención integral al paciente terminal. FMC 1998; 5: 614-20.

Fernández Tejedor D, Pérez Álvarez A. Estudio de la utilización de la vía subcutánea en los pacientes ingresados en una unidad de cuidados paliativos. Revista Enfermería de Castilla y León [Internet]. 2010 [cited 15 May 2019]. Available from: 92 http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl

Resumen: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos como aquellos que alivian el dolor, consideran la muerte como un proceso normal y no intentan acelerar ni retrasar la muerte. Son holísticos y mejoran la calidad de vida del paciente y su familia.

Este es un estudio descriptivo del uso de la vía subcutánea en los pacientes de la unidad de cuidados paliativos domiciliaria del Hospital de Alcázar de San Juan. Pretendemos describir las indicaciones y zonas más frecuentes de uso y los aspectos más relevantes de esta vía en los pacientes de la unidad de cuidados paliativos.

Palabras clave: Cuidados Paliativos, Vía Subcutánea, Infusor

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los cuidados paliativos (CP) se definen, en síntesis, como aquellos que alivian el dolor, consideran la muerte como un proceso normal y no intentan acelerar ni retrasar la muerte; siendo estos unos cuidados holísticos que mejoran la calidad de vida de las personas y su familia. El cuidado a estos pacientes y sus familias debe ser prestado de un modo integral, teniendo en cuenta sus necesidades a nivel físico, emocional, social, espiritual y psicológico; requiriendo para todo ello de un equipo interdisciplinar que promocione su confort y minimice el sufrimiento.

En la unidad de cuidados paliativos se hace un importante uso de vía subcutánea, técnica de fácil manejo que facilita el uso de medicamentos para el control de síntomas, a la vez que mejora la calidad de vida del paciente, objetivo primordial en los pacientes en situación terminal.

Aunque la principal vía de administración de fármacos de elección en cuidados paliativos es la vía oral, ya que la mayoría de pacientes oncológicos en fase terminal conservan esta vía hasta días antes del fallecimiento y por lo tanto no es necesario plantearse alternativas a la misma, hay situaciones en la que no es posible la administración oral de fármacos o cuando los síntomas no están suficientemente controlados es necesario utilizar vías de administración alternativas5,6 como puede ser la vía subcutánea. Constituyendo además una vía alternativa para la hidratación (hipodermoclisis).

Objetivos:

El objetivo del trabajo es realizar un estudio descriptivo del uso de la vía subcutánea en los pacientes pertenecientes a la unidad de cuidados paliativos domiciliaria del Hospital Mancha Centro de Alcázar de San Juan.

Material y Método:

Estudio descriptivo y longitudinal durante los meses de marzo y abril del año 2023 de los pacientes que formaban parte de la unidad de cuidados paliativos del Hospital Mancha Centro.

Resultado:

Encontramos 114 pacientes con edades comprendidas entre 50 y 90 años. Del total de pacientes, a 29 de ellos se indicó la colocación de una vía subcutánea, siendo 14 varones, 15 mujeres.

La procedencia de los pacientes que necesitaron uso de vía subcutánea fue: 14 pacientes del servicio de hospitalización, (oncología y otros servicios), 7 pacientes de domicilios y otros 7 pacientes de residencias de ancianos. Los pacientes presentan diferentes tumoraciones, siendo el cáncer de colon el más frecuente seguido del cáncer gástrico. Encontramos también el uso de la vía subcutánea en 8 pacientes con demencia.

El motivo de indicación de la vía subcutánea en los pacientes en los que se instauró, (tras el fracaso de la vía oral), fue en primer lugar por el manejo de síntomas (10%), consiguiendo una reducción significativa del dolor, administración de medicación continua (17%, mediante infusor); y en tercer lugar para el uso de hipodermoclisis (8%) para hidratación.

En cuanto a la distribución por zonas de punción el mayor porcentaje aparece en la ubicación de la zona abdominal, seguida de la zona infraclavicular izquierda (CI) e infraclavicular derecha (CD), zona escapular, zona deltoidea derecha (DD), y deltoidea izquierda (DI).

En la mayoría de los pacientes el cambio de vía subcutánea se realizó a los 7 días según protocolo, mientras que en un 40% el cambio se realizó antes por reacciones cutáneas en el punto de inserción (infección local, hematoma, eritema, induración, dolor, absceso, edema o celulitis)., y un 5% por salida accidental de la aguja, desconexión del dispositivo o acodadura del tubo de la palomilla.

Conclusiones:

La vía subcutánea resulta cómoda y sencilla de manejar por parte del profesional y por los familiares y suele ser bien tolerada por los pacientes con muy escasas complicaciones y efectos secundarios. Como podemos concluir tras la obtención de los resultados, la vía subcutánea es muy útil en el manejo de los síntomas del enfermo terminal y de la administración de suero como hidratación por vía subcutánea (hipodermoclisis) que contribuye a la mejora en su calidad de vida mostrándose como la vía de elección tras la vía oral.

Asimismo, esta vía ofrece la posibilidad de permanencia u hospitalización domiciliaria, dando la posibilidad de fallecer en el hogar, lo que suele ser el deseo de más de la mitad de las personas en cuidados paliativos, y permitiendo además que cuidadores familiares manejen esta vía en su vivienda.

Esta vía puede presentar algunas complicaciones, que suelen ser reacciones locales, leves y de fácil resolución si se disminuye la velocidad de infusión o cambia el punto de inserción. A pesar de sus contraindicaciones, destacando zonas cutáneas alteradas y situaciones de emergencia, su empleo proporciona autonomía y confort a las personas portadoras y, por ende, mejora su calidad de vida, siendo fundamental cuando una persona se encuentra en cuidados paliativos

Bibliografía

1.- Llimos A, Sibina M, Porta J, Ylla-Catala E, Ferrer M. Utilización de la vía subcutánea en cuidados paliativos. Med Paliat. 1999; 6(3): 121-127

2.- Fernández González R, Amo Alfonso M. Utilidad de la vía subcutánea en atención domiciliaria como estrategia de atención integral al paciente terminal. FMC 1998; 5: 614-20.

3.- Fernández Tejedor D, Pérez Álvarez A. Estudio de la utilización de la vía subcutánea en los pacientes ingresados en una unidad de cuidados paliativos. Revista Enfermería de Castilla y León [Internet]. 2010 [cited 15 May 2019]. Available from: 92

4.- Sierra Leguía L, Montoya Juárez R, García Caro MP, López Morales M, Montalvo Prieto A. Experiencia del Cuidador familiar con los cuidados paliativos y al final de la vida. Index de Enfermería 2019;28(1-2):51-55. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962019000100011&lng=es [acceso:10/01/2020]. [Links]

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 203

Uso de Malla antimicrobiana con Plata Atrauman en Úlcera Venosa

Arias López-Peláez, Víctor Manuel
Arias Jiménez, Nicanor
Sánchez Gil, Leire
Pardilla Elipe, Blas
Mateo Parrado, Pilar

USO DE MALLA ANTIMICROBIANA CON PLATA ATRAUMAN EN ÚLCERA VENOSA



Autores: Arias López-Peláez, Víctor M.; Arias Jiménez, Nicanor; Sánchez Gil, Leire; Pardilla Elipe, Blas; Mateo Parrado, Pilar.

INTRODUCCIÓN

La atención y realización de curas en pacientes con úlceras vasculares, es una actividad habitual dentro de nuestro medio asistencial.

El objetivo principal es el control de la infección del lecho de la lesión, aumentar el confort del paciente y conseguir el cierre completo de la lesión en el menor tiempo posible.

OBSERVACIÓN CLINICA. Caso Clínico

Varón de 84 años, hipertenso, diabético, con tratamiento anticoagulante, obesidad tipo 3 y limitación de la movilidad, con insuficiencia venosa en ambas piernas, que presenta úlcera venosa infectada , localizada en tercio medio medio tibial anterior de la E.I. Izquierda.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

DIAGNOSTICOS NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	ACTIVIDADES
00004: Riesgo de infección. **R/C 00057.** Solución de continuidad de piel, membranas o mucosas.	**1102.** Curación de la herida: por primera intención. **1103.** Curación de la herida: por segunda intención.	**3660.** Cuidados de las heridas. **6540.** Control de infecciones.	**366006.** Limpiar con solución salina normal o un limpiador no tóxico. **366014.** Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje. **654013.** Poner en práctica precauciones universales. **654024.** Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada.
00024: Perfusión tisular inefectiva. R/C 00294. Reducción mecánica del flujo venoso o arterial: consecuencias.	**0401.** Estado circulatorio. **0407.** Perfusión tisular periférica. **1101.** Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	**3590.** Vigilancia de la piel. **4066.** Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa. **4070.** Precauciones circulatorias.	**359006.** Observar si hay infecciones, especialmente en 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 pautan curas cada 48 horas con lavado con suero fisiológico, se aplica malla antimicrobiana con plata Atrauman en el lecho de la herida, más apósito de gasa y vendaje compresivo (Foto 1), hasta obtener un lecho limpio y granulado y se observa una evolución favorable con reducción de la infección del lecho de la herida (Foto 2 y Foto 3), se continua con curas cada 72 horas hasta la curación total (Fotos 4 y 5) en 22 días.



Imagen 1: 31/10/2022. Inicio de tratamiento.

Imagen 2: 04/11/2022. Buena evolución.

Imagen 3: 08/11/2022. Sigue buena evolución.

Imagen 4: 13/11/2022. Evolución favorable

Imagen 5: 20/11/2022. Curación y epitelización.

CONCLUSIONES

El uso de malla antimicrobiana con plata Atrauman mantiene unas condiciones fisiológicas y ambientales óptimas en el lecho de la herida, favoreciendo la hidratación y protegiéndola de la infección, favoreciendo un ambiente húmedo en la lesión que facilita el proceso de cicatrización y el confort del paciente

Resumen: El trabajo refleja un caso clínico de varón de 84 años, hipertenso, diabético, con tratamiento anticoagulante, obesidad tipo 3 y limitación de movilidad, con insuficiencia venosa en ambas piernas, que presenta úlcera venosa infectada localizada en tercio medio tibial anterior de la E.I. izquierda. Se ha utilizado protocolo de úlceras vasculares con evidencia científica, igualmente se ha realizado plan de cuidados enfermero. Para las curas se utilizó malla antimicrobiana con plata atraumán más apósito de gasa, cubriendo el apósito con vendaje compresivo, consiguiéndose buena evolución de la herida hasta la curación total.

Palabras clave: Ulcera Venosa, Malla Antimicrobiana con Plata, Vendaje Compresivo.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La atención y realización de curas en pacientes con úlceras vasculares, es una actividad habitual dentro de nuestro medio asistencial. El objetivo principal es el control de la infección local de la lesión, aumentar el confort para el paciente y conseguir el cierre completo de la lesión en el menor tiempo posible.

Observación clínica:

Varón de 84 años, hipertenso, diabético, con tratamiento anticoagulante, obesidad tipo 3 y limitación de movilidad, con insuficiencia venosa en ambas piernas, que presenta úlcera venosa infectada, localizada en tercio medio tibial anterior de la E.I. izquierda-.

Plan de cuidados enfermero:

DIAGNOSTICOS NANDA

00004: Riesgo de infección, 00021: Perfusión tisular inefectiva, 00044: Deterioro de la integridad tisular, 00046: deterioro de la integridad cutánea, 00132; Dolor agudo,

RESULTADOS NOC

1102. Curación de la herida por primera intención, 1103. Curación de la herida por segunda intención. 0401. Estado circulatorio, 0407. Perfusión tisular periférica. 1101. Integridad tisular: piel y membranas mucosas, 1605. Control del dolor, 2108.Nivel de malestar.

INTERVENCIONES NIC

3660. Cuidados de las heridas, 6540, Control de las infecciones, 3590. Vigilancia de la piel, 3660. Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa, 4070. Precauciones circulatorias, 0840. Cambios de posición, 1400. Manejo del confort. 2210. Administración de analgésicos, 6482. Manejo ambiental: confort.

ACTIVIDADES

366006. Limpiar con solución salina o un limpiador no toxico, 366014. Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje, 65403. Poner en práctica precauciones universales, 654024. Asegurar una técnica de cuidados adecuada, 359006. Observar si hay infecciones, especialmente en zonas edematosas, 406601. Realizar una valoración global de la circulación periférica (pulsos periféricos, edemas, recambio capilar, color y temperatura) ,407005. Mantener una hidratación adecuada para evitar el aumento de viscosidad en la sangre, 366016. Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida, 366017. Colocar de manera que se evite presionar la herida, 366025. Enseñar al paciente y a la familia a almacenar y desechar los apósitos y el material de curas, 407010. Instruir al paciente y a la familia acerca de la protección contra heridas de la zona afectada, 084017. Evitar colocar al paciente en posición que le aumente el dolor, 140019. Enseñar los principios de control del dolor, 221001, determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente, 221021. Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso, 648212. Colocar al paciente de forma que se le facilite la comodidad, 648214. Evitar expone la piel o las membranas mucosas a factores irritantes (cuña o drenaje de heridas)

Discusión:

Se pautan curas cada 48 horas con lavado con SF, se aplica malla antimicrobiana con plata atrauman más apósito de gasa y vendaje compresivo, hasta obtener un lecho limpio y granulado, pasando a realizar curas cada 72 horas hasta la curación total en 22 días.

Conclusiones:

El uso de malla antimicrobiana con plata atrauman mantiene unas condiciones fisiológicas y ambientales óptimas en el lecho de la herida, favoreciendo la hidratación y protegiéndola de la infección y favoreciendo un ambiente húmedo en la lesión que facilita el proceso de cicatrización y el confort del paciente.

Bibliografía

1.- Diagnósticos de enfermería de NANDA internacional: Definiciones y Clasificación 2015-2017.

2.- http://www.ulceras.net/publicaciones/Upp%20ciudad%20real.pdf

3.- https://www.google.es/?gws_rd=ssl#q=protocolo+cura+ulceras+venosas.

4.- Roma M., Ruiz Galiano P., "Úlceras vasculares, prevención y cuidados". Rol 140.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 204

Uso de Obinutuzumab en paciente con LLC en un Hospital Comarcal

Alcaide Jimenez, Beatriz
Peralbo Aparicio, Ana

USO DE OBINUTUZUMAB EN PACIENTE CON LLC EN UN HOSPITAL COMARCAL

Autoras: Alcaide Jiménez , Beatriz
Peralbo Aparicio, Ana

INTRODUCCIÓN

La Leucemia linfocítica crónica es un cáncer de un tipo de glóbulos blancos llamados linfocitos. Estas células se encuentran en la médula ósea y otras partes del cuerpo. La médula ósea es el tejido suave en el centro de los huesos que ayuda a la formación de todas las células de la sangre.

La LLC causa un incremento en un cierto tipo de glóbulos blancos llamados linfocitos B, o células B. Las células cancerosas se propagan a través de la sangre y la médula ósea.

La LLC también puede afectar los nódulos linfáticos u otros órganos como el hígado o el bazo. La LLC eventualmente puede causar que la médula ósea pierda su función.

GAZYVARO (Obinutuzumab) es un anticuerpo monoclonal anti-CD20 humanizado tipo II de la subclase IgG1 obtenido mediante la humanización del anticuerpo murino B-Ly1 parental y producido a partir de un cultivo de células de ovario de hámster chino mediante técnicas de ADN recombinante.

OBJETIVOS

Administrar Gazyvaro, con las limitaciones que podemos encontrar en un hospital comarcal tomando una serie de medidas preventivas nos permitió administrarlo obteniendo respuesta satisfactoria al mismo

MATERIAL Y MÉTODOS

Haremos un estudio descriptivo longitudinal y prospectivo, con la muestra de nuestros pacientes diagnosticados de LLC-B estadio C de Binnet

Se inicia tto con Gazyvaro en 2º linea el pasado mes de enero del presente año. Previamente la paciente recibio 6 ciclos de R-COP finalizando los mismos en mayo 18.

Para evitar síndrome de lisis tumoral se pauta previo a tratamiento con observación, dos dosis de rituximab.

Además de eso, se fracciona la primera dosis no en dos dias, segun la ficha técnica del producto, sino en tres.

RESULTADOS

La tolerancia del tratamiento ha sido muy satisfactoria: la infusión de todas las dosis del medicamento transcurrieron sin incidencias. Ademas de eso, no han requerido ingreso hospitalario ni han precisado pautar antiboterapia.

Desde punto de vista de toxicidad hematológica, preciso tratamiento con factores de manera puntual en dos ocasiones con una única inyección en cada ocasión, dado que fueron neutropenias moderadas.

Al finalizar 2º ciclo, se realizó control con PET, que fue informado como muy buena respuesta al tratamiento.

CONCLUSIONES

Dado que trabajamos en un hospital comarcal sin UCI, tomar las medidas para prevenir la lisis tumoral que es la situación que más nos condicionaba, ha sido lo que nos ha permitido poder pautar este tipo de tratamiento a nuestros pacientes

BIBLIOGRAFÍA

https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a614012-es.html
https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/gazyvaro
https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000532.htm

Resumen: Obinutuzumab es un anticuerpo monoclonal anti-CD20 humanizado tipo II que se une a la proteína CD20 de ciertas células B utilizado para tratar a pacientes adultos con LLC (Leucemia linfocítica crónica).

La lisis tumoral que puede provocar este tipo de tratamiento es uno de los principales aspectos a controlar, más en un hospital comarcal donde no se disponen de tantos recursos, como una Unidad de Cuidados Intensivos en el caso de que hubiera alguna complicación.

Palabras clave: Síndrome de lisis tumoral, Leucemia linfoide, Anticuerpo Monoclonal

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La Leucemia linfocítica crónica es un cáncer de un tipo de glóbulos blancos llamados linfocitos. Estas células se encuentran en la médula ósea y otras partes del cuerpo. La médula ósea es el tejido suave en el centro de los huesos que ayuda a la formación de todas las células de la sangre.

La LLC causa un incremento en un cierto tipo de glóbulos blancos llamados linfocitos B, o células B. Las células cancerosas se propagan a través de la sangre y la médula ósea.

La LLC también puede afectar los nódulos linfáticos u otros órganos como el hígado o el bazo. La LLC eventualmente puede causar que la médula ósea pierda su función.

GAZYVARO® (Obinutuzumab) es un anticuerpo monoclonal anti-CD20 humanizado tipo II de la subclase IgG1 obtenido mediante la humanización del anticuerpo murino B-Ly1 parental y producido a partir de un cultivo de células de ovario de hámster chino mediante técnicas de ADN recombinante.

Objetivos:

Administrar Gazyvaro®, con las limitaciones que podemos encontrar en un hospital comarcal tomando una serie de medidas preventivas nos permitió administrarlo obteniendo respuesta satisfactoria al mismo.

Material y Métodos:

Haremos un estudio descriptivo longitudinal y prospectivo, con la muestra de nuestros pacientes diagnosticados de LLC-B estadio C de Binnet

Se inicia tratamiento con Gazyvaro® en 2º línea el pasado mes de enero del presente año. Previamente la paciente recibió 6 ciclos de R-COP finalizando los mismos en mayo ‘18.

Para evitar síndrome de lisis tumoral se pauta previo a tratamiento con observación, dos dosis de rituximab®. Además de eso, se fracciona la primera dosis no en dos días, según la ficha técnica del producto, sino en tres.

Resultados:

La tolerancia del tratamiento ha sido muy satisfactoria: la infusión de todas las dosis del medicamento transcurrió sin incidencias. Además de eso, no han requerido ingreso hospitalario ni han precisado pautar antibioterapia. Desde punto de vista de toxicidad hematológica se precisó tratamiento con factores de manera puntual en dos ocasiones con una única inyección en cada ocasión, dado que fueron neutropenias moderadas. Al finalizar 2º ciclo, se realizó control con PET, que fue informado como muy buena respuesta al tratamiento.

Conclusiones:

Dado que trabajamos en un hospital comarcal sin UCI, tomar las medidas para prevenir la lisis tumoral que es la situación que más nos condicionaba, ha sido lo que nos ha permitido poder pautar este tipo de tratamiento a nuestros pacientes.

Bibliografía

1.- https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a614012-es.html

2.- https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/gazyvaro

3.- https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000532.htm

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 205

Caso Clínico: Utilización de apósito primario de Fibra Hidrocoloide no adherente tras exhaustiva limpieza para quemadura química evolucionada

Rebaque Gómez, Pilar
De Prado Fernández, Carla
Resa Ruiz, Inmaculada María



CASO CLÍNICO: UTILIZACIÓN DE APÓSITO PRIMARIO DE FIBRA HIDROCOLOIDE NO ADHERENTE TRAS EXHAUSTIVA LIMPIEZA PARA QUEMADURA QUÍMICA EVOLUCIONADA

SATSE

AUTORES: Rebaque Gómez,Pilar. De Prado Fernández,Carla. Resa Ruiz,Inmaculada María.

INTRODUCCIÓN

La quemadura química(QQ) es una lesión provocada por sustancias cáusticas que entran en contacto con la piel, los ojos o que han sido ingeridas dañando los tejidos (daño similar a una quemadura causada por el calor).
Se ha demostrado que retirar la biopelícula o biofilm de cualquier lesión, controlar el exudado y curar en ambiente húmedo mejora la efectividad de las lesiones. El biofilm no es fácil de erradicar, pero se debe controlar.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Presentamos caso clínico de varón de 76 años que en septiembre de 2022 sufre quemadura de manera accidental con un producto cáustico. A la semana del accidente, acude a consulta médica donde tras ser diagnosticado de "QQ infectada y evolucionada en MID", le prescriben antibiótico tópico. A los diez días acude a consulta de enfermería (foto1) y se evidencia una capa de biofilm (o biopelícula) que cubre toda la lesión impidiendo el normal crecimiento, granulación y epitelización del tejido. En nuestro caso vemos un espectacular cambio de la QQ antes y después de retirar biofilm (fotos 1 y 2). Nuestro objetivo es curar la piel lesionada, sin descuidar la piel perilesional y exponer la evolución de la QQ.



***Foto1**: Quemadura química evolucionada e infectada 5/10/022*



Foto2: QQ tras limpieza y desbridamiento 5/10/2022

PLAN CUIDADOS ENFERMERO

Eliminación y/o control de biofilm:

Tras limpieza de la QQ y de la piel perilesional con gasas impregnadas en una solución antimicrobiana (polihexanida biguanida) durante 10-15 min (fomentos), se realizó un desbridamiento cortante con pinzas y bisturí (foto2) y así pudimos comenzar a trabajar sobre tejido de granulación.

Aplicación de apósitos:

Cubrimos 2cm. más allá del lecho de la lesión con un apósito primario no adherente de fibra hidrocoloide con fibras de gelidificación reforzadas para gestionar el exudado (también nos ayudó al desbridamiento autolítico de restos de biofilm) y como apósito secundario, utilizamos un apósito hidropolimérico semipermeable de silicona (suave adhesión) y así realizamos una cura en ambiente húmedo. Observamos resultados en días posteriores.



Oclusión con apósito primario y *secundario* 5/10/2022



QQ con apósito de fibra hidrocoloide, tras retirar *apósito* secundario 10/10/2022



Tras retirar apósito primario de fibra hidrocoloide *10/10/2022*



Evolución QQ *17/10/2022*



Evolución QQ *24/10/2022*

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

No olvidar la importancia de limpiar las lesiones como primer eslabón para realizar correctamente una cura, es necesario retirar bioflim. **No se puede curar sobre un biofilm.**

Ante los buenos resultados de la lesión (QQ evolucionada e infectada) en nuestro paciente podemos establecer:

- La **limpieza** del lecho de la herida y la piel perilesional es importantísima para realizar cualquier cura. Limpiar siempre y desbridar, si fuese necesario, es básico, ya que facilita la recuperación y aparición de tejido de granulación y epitelización.
- Utilizando un **apósito primario de fibra hidrocoloide no adherente** con fibras de gelidificación, que presenta una absorción vertical del exudado, protegemos la piel perilesional, sin macerar. Y como apósito secundario, un apósito hidropolimérico semipermeable, que mantiene un grado de humedad óptimo en la lesión protegiéndola frente a agentes contaminantes, consiguiendo una rápida regeneración de los tejidos.
- No es necesario, en muchas lesiones, la utilización de antibiótico tópico.
- La enfermera debe estar al día de los nuevos productos que podemos encontrar en la industria farmacéutica, y cómo y cuándo utilizarlos, para curar lo antes posible y así, disminuir gastos y mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

Resumen: Presentamos caso clínico, quemadura quirúrgica evolucionada e infectada en tratamiento con antibiótico tópico por prescripción facultativa.

En consulta de enfermería observamos biofilm que impide su curación. Limpiamos con desinfectante (Polihexanida Biguanida) y desbridamiento cortante del biofilm. Posteriormente cura en ambiente húmedo con apósito primario de fibra hidrocoloide (gestiona exudado, no macera piel perilesional...) Cubrimos con apósito secundario hidropolimérico semipermeable.

Tras la rápida aparición de tejido de granulación y epitelización consideramos como primer paso para curar, limpiar (desinfectar y desbridar), posteriormente utilizar el producto adecuado en cada lesión para disminuir tiempo de curación, mejorando la vida del paciente.

Palabras clave: Biofilm, Fibra hidrocoloide, Apósito hidropolimérico

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La quemadura química (QQ) es una lesión provocada por sustancias cáusticas que entran en contacto con la piel, los ojos o que han sido ingeridas dañando los tejidos (daño similar a una quemadura causada por el calor).

Generalmente las QQ de la piel presentan síntomas similares a las quemaduras de 1º grado (superficial), la superficie está enrojecida, hinchada y dolorida, pero no se forman ampollas. A veces, son más profundas, con ampollas y con dolor intenso. Rara vez son de 3º grado (piel dañada por completo).

Se ha demostrado que retirar la biopelícula o biofilm, controlar el exudado y curar en ambiente húmedo mejora la efectividad de las lesiones.

Breve definición de Biofilm o biopelícula: "Tapiz bacteriano conformado por una o varias especies de microorganismos". Es una de las principales causas en el retraso de la cicatrización de las heridas ya que está presente en el 80% de las infecciones bacterianas en humanos. El biofilm no es fácil de erradicar, pero se debe controlar.

Observación clínica:

Presentamos caso clínico de varón de 76 años que en septiembre de 2022 sufre quemadura de manera accidental con un producto cáustico. A la semana del accidente, acude a consulta médica donde tras ser diagnosticado de "QQ infectada y evolucionada en MID", le prescriben antibiótico tópico. A los diez días acude a consulta de enfermería (foto1) y se evidencia una capa de biofilm (o biopelícula) que cubre toda la lesión impidiendo el normal crecimiento, granulación y epitelización del tejido, además de actuar como barrera física en el proceso de cicatrización. En nuestro caso vemos un gran cambio de la QQ antes y después de retirar biofilm (fotos 1 y 2). Nuestro objetivo es curar la piel lesionada, sin descuidar la piel perilesional y exponer la evolución de la herida (QQ).

Plan de cuidados:

Eliminación y/o control de biofilm:

Tras limpieza de la QQ y de la piel perilesional con gasas impregnadas en una solución antimicrobiana de amplio espectro y baja resistencia (polihexanida biguanida) durante 10-15 min (fomentos), se realizó un desbridamiento cortante con pinzas y bisturí (foto2) y así pudimos comenzar a trabajar sobre tejido de granulación.

Aplicación de apósitos:

Cubrimos 2cm. más allá del lecho de la lesión con un apósito primario de fibra hidrocoloide no adherente con fibras de gelidificación reforzadas para gestionar el exudado (también nos ayudó al desbridamiento autolítico de restos de biofilm) y como apósito secundario, utilizamos un apósito hidropolimérico de silicona (suave adhesión) y así realizamos cura en ambiente húmedo (ya se hablaba de cura en ambiente húmedo en 1962).

Observamos resultados favorables en días posteriores hasta cura definitiva.

Discusión y conclusiones:

No olvidar la importancia de limpiar las lesiones como primer eslabón para realizar correctamente una cura, utilizando antimicrobianos y el tipo de desbridamiento (mecánico, cortante, quirúrgico, químico/enzimático, autolítico...) necesario para retirar bioflim. En nuestro caso un desbridamiento cortante (pinzas y bisturí), fue el adecuado.

Ante los buenos resultados de la lesión (QQ evolucionada e infectada) en nuestro paciente podemos establecer:

No se puede curar sobre un biofilm.

- La limpieza del lecho de la herida y la piel perilesional es importantísima para realizar cualquier cura. Limpiar siempre y desbridar, si fuese necesario, es básico ya que facilita la recuperación y aparición de tejido de granulación y epitelización.

- Utilizando un apósito primario de fibra hidrocoloide no adherente con fibras de gelidificación reforzadas, que presenta una absorción vertical del exudado, protegemos la piel perilesional, sin macerar. Y como apósito secundario, un apósito hidropolimérico semipermeable, que mantiene un grado de humedad óptimo en la lesión protegiéndola frente a agentes contaminantes, consiguiendo una rápida regeneración de los tejidos.

- No es necesario, en muchos casos, la utilización de antibiótico tópico.

- La enfermera debe estar al día de los nuevos productos que podemos encontrar en la industria farmacéutica, y cómo y cuándo utilizarlos adecuadamente, para curar lo antes posible las lesiones y así disminuir gastos y mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

Bibliografía

1.- Prevalence of chronic wounds in the general population: systematic review and meta-analysis of observational studies. Martinengo L, Olsson M, Bajpai R, Soljak M, Upton Z, Schmidtchen A, Car J, Järbrink K.Ann Epidemiol. 2019 Jan;29:8-15. doi: 10.1016/j.annepidem.2018.10.005. Epub 2018 Nov 12.PMID: 30497932

2.- https://isanidad.com/166048/el-ministerio-aprueba-b acelera-la-curacion-de- lesiones-cronicas/ 10 de julio de 2020

3.- Comparison of antibiofilm activity of low-concentrated hypochlorites vs polyhexanide-containing antiseptic. Paleczny J, Junka AF, Krzyżek P, Czajkowska J, Kramer A, Benkhai H, Żyfka-Zagrodzińska E, Bartoszewicz M.Front Cell Infect Microbiol. 2023 Mar 15;13:1119188. doi: 10.3389/fcimb.2023.1119188. eCollection 2023.PMID: 37009512

4.- Evidence of bacterial biofilms within acute wounds: a systematic review. Patenall BL, Ridgley JD, Jenkins ATA, Young AE.J Wound Care. 2023 May 2;32(5):273-278. doi: 10.12968/jowc.2023.32.5.273.PMID: 37094926

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 206

Utilización de la vía intraósea en emergencias extrahospitalarias.

Gómez-Caraballo Jiménez de los Galanes, Jesús Manuel.

UTILIZACIÓN DE LA VÍA INTRAÓSEA EN EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

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

INTRODUCCIÓN

La vía intraósea constituye una vía de acceso rápida, fácil y eficaz al sistema vascular. Su utilidad está indicada cuando, en situaciones de extrema urgencia, se tarda mucho en canalizar una vía periférica. Su uso es temporal, de fácil aprendizaje y colocación y de escasas complicaciones. Ante una emergencia, la enfermera tiene un papel primordial en el acceso vascular. La técnica más utilizada es el acceso venoso periférico, pero hay situaciones en las que es imposible canalizar debido a una mala perfusión. Ante tal caso se recomienda utilizar la vía intraósea, tratándose de un acceso rápido, mediante el cual se puede administrar medicación al igual que en el acceso venoso.

OBJETIVOS

Conocer la utilización de la vía intraósea como alternativa a la vía periférica en situaciones de emergencia extrahospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica en Scielo, Pubmed y Google académico, filtrando artículos en español y publicados desde 2018.
Palabras clave: intraósea, emergencia extrahospitalaria y canalización.
Operadores booleanos: AND Y OR

RESULTADOS

La vía intraósea se debe utilizar cuando no es posible canalizar un acceso vascular rápido en situaciones extrahospitalarias (PCR, shock, quemaduras y status epiléptico con riesgo vital). La zona más adecuada para su inserción es la porción proximal y porción distal de la tibia.
Ventajas: Permite la administración de líquidos, electrolitos y fármacos comparable a la vía venosa. Se pueden extraer muestras sanguíneas. Es un acceso vascular rápido y sencillo.
Complicaciones: Son escasas, siendo la más grave el síndrome compartimental.
Contraindicaciones: Fractura ósea en el miembro de punción, quemadura u osteomielitis en extremidad, celulitis y prótesis ósea.
Los lugares de inserción varían según la edad del paciente:
En neonatos y menores de 6 años:
Tibia proximal: línea media cara antero-interna tibial 1-3cm por debajo de tuberosidad tibial. Ángulo de inserción: a 90° o ligeramente a caudal.
Fémur distal: 2-3 cm del cóndilo externo.
Otros lugares alternativos: tibia distal, cresta ilíaca, trocánter mayor.
En mayores de 6 años y adultos:
Tibia distal: entre 1 y 2 cm por encima del maléolo interno, evitando la vena safena. También puede emplearse el maléolo externo.
Cresta ilíaca: cara inferior espina iliaca, con paciente en decúbito lateral.
Esternón: 2-3º espacio intercostal, a 1 cm a lateral a la línea media esternal, solo destinado para dispositivo FAST.
Se aconseja una penetración de la aguja de aproximadamente 1 cm en niños y de 2 cm en adultos

CONCLUSIONES

La vía intraósea permite obtener un acceso venoso rápido y eficaz si no es posible un acceso periférico en situaciones de emergencia . La técnica es de fácil aprendizaje, de uso sencillo y de colocación rápida, en un tiempo inferior a un minuto, con más del 90% de éxitos de inserción y sin complicaciones de gran importancia.
Cabe destacar como aspecto a mejorar en un futuro la estandarización de los diferentes criterios como la inserción, medición de tiempos de inserción, tiempos de infusión, técnicas, agujas, entrenamiento del personal, situaciones y el tipo de paciente para facilitar la comprensión, manejo y cuidados de la vía intraósea.

Bibliografía:
1.-Morales-Cané I. Valverde-León MR. Rodríguez-Borrego MA. López-Soto PJ. Vía intraósea en adultos en situación de parada cardíaca: revisión sistemática y metaanálisis. Emergencias. 2020.
2.-Arostegui, C. Cardós, C. Uso de la vía intraósea en emergencias extrahospitalarias. Metas de enfermería. ISSN1138-7262. Vol 25, Nº2 2022.
3.-Rodríguez-Fernández M. Barrera-Moreno C. Pérez-Alcolado B. Palomino-Santos EI. Vía intraósea, ¿qué sabemos sobre ella? Triaje enfermería Cuidad Real. [Internet]. 2016. Disponible en: https://www.enfermeriadeciudadreal.com/via-intraosea-que-sabemos-de-ella-579.htm

Resumen: La vía intraósea constituye una vía de acceso rápida, fácil y eficaz al sistema vascular. Está indicada cuando, en situaciones de extrema urgencia, se tarda mucho en canalizar una vía periférica. Su uso es temporal. Es de fácil aprendizaje, de uso sencillo y de colocación en un tiempo inferior a un minuto, con más del 90% de éxitos de inserción y sin complicaciones importantes. Cabe destacar como mejora la estandarización de criterios de inserción, medición de tiempos de infusión e inserción, técnicas, agujas, entrenamiento del personal, situaciones y el tipo de paciente para facilitar su comprensión, manejo y cuidados.

Palabras clave: Intraósea, Emergencia extrahospitalaria, Canalización.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La vía intraósea constituye una vía de acceso rápida, fácil y eficaz al sistema vascular. Su utilidad está indicada cuando, en situaciones de extrema urgencia, se tarda mucho en canalizar una vía periférica. Su uso es temporal, de fácil aprendizaje y colocación y de escasas complicaciones. Ante una emergencia, la enfermera tiene un papel primordial en el acceso vascular. La técnica más utilizada es el acceso venoso periférico, pero hay situaciones en las que es imposible canalizar debido a una mala perfusión. Ante tal caso se recomienda utilizar la vía intraósea, tratándose de un acceso rápido, mediante el cual se puede administrar medicación al igual que en el acceso venoso.

Objetivos:

Conocer la utilización de la vía intraósea como alternativa a la vía periférica en situaciones de emergencia extrahospitalaria.

Material y Métodos:

Revisión bibliográfica en Scielo, Pubmed y Google académico, filtrando artículos en español y publicados desde 2018..

Resultados:

La vía intraósea se debe utilizar cuando no es posible canalizar un acceso vascular rápido en situaciones extrahospitalarias (PCR, shock, quemaduras y status epiléptico con riesgo vital). La zona más adecuada para su inserción es la porción proximal y porción distal de la tibia.

Ventajas: Permite la administración de líquidos, electrolitos y fármacos comparable a la vía venosa. Se pueden extraer muestras sanguíneas. Es un acceso vascular rápido y sencillo.

Complicaciones: Son escasas, siendo la más grave el síndrome compartimental.

Contraindicaciones: Fractura ósea en el miembro de punción, quemadura u osteomielitis en extremidad, celulitis y prótesis ósea.

Los lugares de inserción varían según la edad del paciente.

Conclusiones:

La vía intraósea permite obtener un acceso venoso rápido y eficaz si no es posible un acceso periférico en situaciones de emergencia. La técnica es de fácil aprendizaje, de uso sencillo y de colocación rápida, en un tiempo inferior a un minuto, con más del 90% de éxitos de inserción y sin complicaciones de gran importancia.

Cabe destacar como aspecto a mejorar en un futuro la estandarización de los diferentes criterios como la inserción, medición de tiempos de inserción, tiempos de infusión, técnicas, agujas, entrenamiento del personal, situaciones y el tipo de paciente para facilitar la comprensión, manejo y cuidados de la vía intraósea.

Bibliografía

1.-Morales-Cané I. Valverde-León MR. Rodríguez-Borrego MA. López-Soto PJ. Vía intraósea en adultos en situación de parada cardíaca: revisión sistemática y metaanálisis. Emergencias. 2020.

2.-Arostegui, C. Cardós, C. Uso de la vía intraósea en emergencias extrahospitalarias. Metas de enfermería. ISSN1138-7262. Vol 25, Nº2 2022.

3.-Rodríguez-Fernández M. Barrera-Moreno C. Pérez-Alcolado B. Palomino-Santos EI. Vía intraósea, ¿qué sabemos sobre ella? Triaje enfermería Cuidad Real. [Internet]. 2016. Disponible en: https://www.enfermeriadeciudadreal.com/via-intraosea-que-sabemos-de-ella-579.htm

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 207

Valoración de la calidad de vida y la satisfacción en pacientes con trastornos de conducta alimentaria

Panea Pizarro, Isabel
Martos Sánchez, Almudena

"VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y LA SATISFACCIÓN EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA"

SATSE

Panea Pizarro, I.; Martos Sánchez, A.;

SATSE CIUDAD REAL - XIV CONGRESO INVESTIGACIÓN

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de Conducta alimentaria (TCA) es un grupo de trastornos mentales por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria o la aparición de comportamientos de control de peso. Es un proceso complejo influenciado por rasgos de la personalidad y su ambiente sociocultural.

OBJETIVO

Investigar el papel de los factores físicos y mentales y el estadio de cambio como posibles predictores de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en un grupo de mujeres españolas con TCA.

METODOLOGÍA

Estudio de tipo analítico, observacional y prospectivo.
El muestreo fue consecutivo y no probabilístico de las personas que acuden a consultas o que están hospitalizadas en el HGUCR. Muestra de 124 pacientes durante los meses de septiembre de 2017 a julio de 2018. Estudio aprobado por el Comité Ético de Ciudad Real junto con la firma del Consentimiento Informado tras ser informados los participantes.

Se evaluó la CVRS con los Cuestionarios SF-36 y el EuroQoL-5D (EQ-5D) . Las actitudes con el cuestionario ACTA.
Se investigaron los dominios físico y mental del cuestionario SF-36 en la muestra total y por separado en función del diagnóstico de trastorno alimentario mediante regresión lineal múltiple.

Criterios de inclusión

Diagnóstico de trastorno de conducta alimentaria.
F50.0: Anorexia Nerviosa (307.1)
F50.2: Bulimia Nerviosa (307.51)
F50.9: Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (307.50)
Seguimiento ambulatorio comunitario

Criterios de exclusión

Deterioro cognitivo.
Retraso mental.
Discapacidad intelectual y física.
Enfermedades concomitantes graves, que cursen con una afectación de la calidad de vida y puedan sesgar el estudio.
Género masculino

RESULTADOS

Las puntuaciones más bajas en el componente físico del cuestionario SF-36 se asociaron con la presencia de un IMC más alto en el seguimiento, así como con una puntuación más alta en el componente "acción" del Cuestionario ACTA.
Por el contrario, un mayor índice en el cuestionario de calidad de vida EQ-5D y la presencia de un trastorno obsesivo compulsivo se asociaron con una mayor puntuación en la dimensión física.

CONCLUSIONES

El cuestionario SF-36 ha resultado el más útil para monitorizar el deterioro en salud de las pacientes con TCA, evidenciando un aumento significativo en su rol físico y mental. Si aumenta el IMC disminuye la variable de calidad de vida, junto con la severidad y deterioro de la misma. Dentro del IMC encontramos el más bajo componente físico. En los trastornos de AN, BN o TCANE tiene significación estadística respecto al peso y al IMC.
El estado de cambio no está relacionado con la categoría diagnóstica dentro de los TCA.

DISCUSIÓN

Las limitaciones del estudio fue el tamaño de la muestra y la prospección del mismo es de 6 meses, aunque las pérdidas de pacientes han sido escasas. Nuestro estudio no permite establecer valores específicos de causa- efecto en la calidad de vida y satisfacción de nuestras pacientes con TCA. No existen instrumentos específicos de medida para comparar los distintos grupos diagnósticos de TCA.

Widiger T.A. and Hines A. **The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition alternative model of personality disorder.** Personal Disord. 2022 Jul; 13 (4): 347-355. / Panea-Pizarro I., Moran J.M., Lavado-Garcia J., Beato-Fernandez L., Dominguez-Martin A.T., Huerta-Gonzalez S., et al. **Health-Related Quality of Life in Spanish Women with Eating Disorders.Nutrients**. 2021 Jan; 13 (2): 403.

Resumen: Objetivo: conocer la CVRS en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

Metodología: Estudio prospectivo, longitudinal. Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos de su enfermedad. Se valoro la CVR con el cuestionario SF-36. La actitud hacia el cambio con el Cuestionario de Actitudes hacia el Cambio en los Trastornos Alimentarios (ACTA).

Firmaron el Consentimiento y fueron voluntarias. Obtuvo la aprobación del CEIC.

Resultados: obtuvieron bajas puntuaciones en el componente físico del SF-36, estas además tuvieron una mayor puntuación en el componente "acción" del Cuestionario ACTA.

Conclusión: Los TCA tienen un impacto en varias dimensiones de la CVRS

Palabras clave: anorexia nerviosa; bulimia nerviosa; calidad de vida

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Los trastornos de Conducta alimentaria (TCA) es un grupo de trastornos mentales por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria o la aparición de comportamientos de control de peso. Es un proceso complejo influenciado por rasgos de la personalidad y su ambiente sociocultural.

Objetivos:

Evaluar la calidad de vida de las personas en tratamiento por su TCA en la Unidad de TCA de Ciudad Real y su evolución a los 6 meses de tratamiento. Describir el perfil sociodemográfico y clínico de las personas con TCA.

Material y Métodos:

Estudio de tipo analítico, observacional y prospectivo. El muestreo fue consecutivo y no probabilístico de las personas que acuden a consultas o que están hospitalizadas en el HGUCR. Muestra de 124 pacientes durante los meses de septiembre de 2017 a julio de 2018.

Para ello, se obtuvieron datos iniciales y de seguimiento a los 6 meses de las pacientes que cumplieron con los criterios de selección.

Se elaboró un Cuaderno de Recogida de Datos que incluyó: variables sociodemográficas: edad, lugar de residencia, nivel educativo, situación laboral, estado civil, convivencia, ingresos mensuales. En cuanto a los datos clínicos se recogieron: datos antropométricos, el diagnóstico del TCA y datos sobre su evolución, tratamientos y comorbilidades.

Se recogió información relativa a la percepción de la calidad de vida (cuestionario SF-36 y el EuroQol-5D). Sobre el uso de internet (Test de Adicción a Internet- IAT) y Facebook (Escala de

Adicción a Facebook de Bergen- BFAS). Y por último información relacionada con los TCA (Test de actitudes alimentarias (EAT-26) y el cuestionario de actitudes frente al cambio en los TCA (ACTA).

En cuanto a las consideraciones éticas, todas las participantes fueron voluntarias y firmaron el consentimiento informado. Además, se obtuvo la aprobación del Comité de Ética del Hospital.

Los datos se analizaron con el software informático SPSS versión 23.0. La significación estadística para todo el estudio se fijó en $p < 0,05$.

Resultados:

La muestra estuvo compuesta por 124 pacientes. Las puntuaciones más bajas en el componente físico del cuestionario SF-36 se asociaron con la presencia de un índice de masa corporal (IMC) más alto en el seguimiento, así como con una puntuación más alta en el componente "acción" del Cuestionario de Actitudes hacia el Cambio en los Trastornos Alimentarios (ACTA).

Por el contrario, un mayor índice en el cuestionario de calidad de vida global EuroQoL-5D (EQ-5D) y la presencia de un trastorno obsesivo compulsivo se asociaron con una mayor puntuación en la dimensión física.

Si aumenta el IMC disminuye la variable de calidad de vida, junto con la severidad y deterioro de la misma. En los trastornos de AN, BN o TCANE se encuentran diferencias estadísticas con respecto al peso y al IMC. El estado de cambio (ACTA) no está relacionado con la categoría diagnóstica dentro de los TCA

Conclusiones:

La menor percepción de calidad de vida en el dominio físico en las pacientes estudiadas se asocia con un mayor índice de masa corporal. Puede existir una falta de sensibilidad de las cinco dimensiones que componen el cuestionario EQ-5D ya que las participantes suelen puntuar alto en las dimensiones relacionadas con la movilidad y el autocuidado porque algunas actividades, como el ejercicio físico excesivo o compulsivo, pueden hacer que se perciban como orientados al autocuidado.

El cuestionario SF-36 ha resultado el más útil para monitorizar el deterioro en salud de las pacientes con TCA, evidenciando un aumento significativo en su rol físico y mental.

Bibliografía

1.- Qian J, Wu Y, Liu F, Zhu Y, Jin H, Zhang H, Wan Y, Li C, Yu D. An update on the prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review and meta-analysis. Eat Weight Disord. 2022;27(2):415-428. doi: 10.1007/s40519-021-01162-z.

2.- van Hoeken D, Hoek HW. Review of the burden of eating disorders: mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. Curr Opin Psychiatry. 2020;33(6):521-527. doi: 10.1097/YCO.0000000000000641.

3.- van Krugten FCW, Feskens K, Busschbach JJV, Hakkaart-van Roijen L, Brouwer WBF. Instruments to assess quality of life in people with mental health problems: a systematic review and dimension analysis of generic, domain- and disease-specific instruments. Health Qual Life Outcomes. 2021;19(1):249. doi: 10.1186/s12955-021-01883-w.

4.- Meneguzzo P, Todisco P, Calonaci S, Mancini C, Dal Brun D, Collantoni E, Donini LM, Tenconi E, Favaro A. Health-related quality of life assessment in eating disorders: adjustment and validation of a specific scale with the inclusion of an interpersonal domain. Eat Weight Disord. 2021;26(7):2251-2262. doi: 10.1007/s40519-020-01081-5.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 208

Valoración de la humanización percibida por los usuarios de atención primaria en centro de salud y punto de atención continuada

Alcázar Pérez, Alberto
Arroyo Buitrago, Lucía
De la Calle Rodríguez, Julia
Gómez Muñoz, Noelia
Maján Sesmero, Antonio

VALORACIÓN DE LA HUMANIZACIÓN PERCIBIDA POR LOS USUARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN CENTRO DE SALUD Y PUNTO DE ATENCIÓN CONTINUADA

SATSE

AUTORES: ALCÁZAR PÉREZ, A; ARROYO BUITRAGO, L; DE LA CALLE RODRÍGUEZ, J; GÓMEZ MUÑOZ, N; MAJÁN SESMERO, A

INTRODUCCIÓN

- "Humanizar" en el ámbito sanitario, hace referencia al abordaje integral de la persona, es decir de manera holística
- Factores como la tecnificación, la prioridad por la eficiencia, la presión asistencial y la multiculturalidad dificultan que se produzca una adecuada atención al ser humano
- La atención primaria (AP), tanto el centro de salud (CS) como el punto de atención continuada (PAC), debe ser el nivel habitual de atención para la mayoría de las personas, por lo que es de suma importancia que se proporcione a los usuarios una atención lo más humanizada posible

OBJETIVOS

- Conocer la opinión de los usuarios de AP sobre la humanización del sistema sanitario
- Determinar el grado de humanización percibida por los usuarios en AP
- Analizar si existen diferencias entre CS y PAC en cuanto a humanización percibida por los usuarios

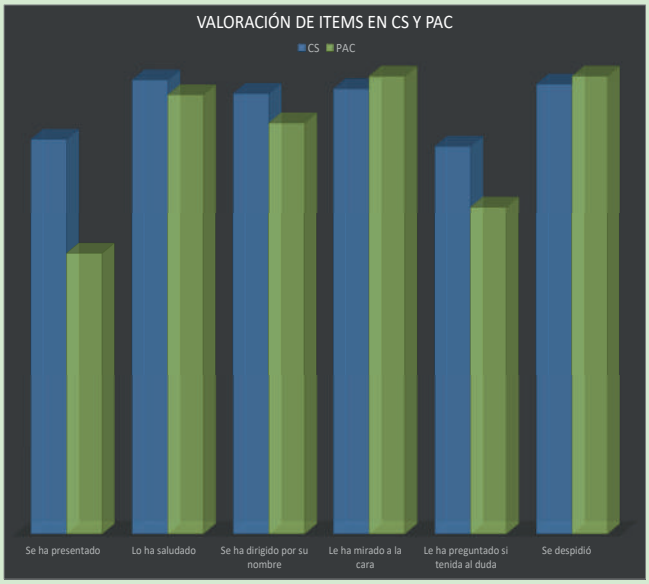
MATERIAL Y MÉTODO

- Estudio descriptivo transversal realizado en usuarios de AP de Ciudad Real
- Se contó con una muestra de conveniencia de 157 sujetos obtenidos mediante muestreo por casos consecutivos
- Criterios de inclusión: Mayor de edad, ser atendido en consulta de AP, ya sea en CS o en PAC
- Se elaboró un cuestionario ad-hoc sobre datos sociodemográficos, opinión de la humanización del sistema sanitario y valoración de ítems relacionados con la humanización percibida mediante escala Likert. La participación fue anónima y voluntaria
- Se empleó el programa SPSS versión 25.0. Para la estadística inferencial se empleó la Chi-cuadrado de Pearson y la U de Mann-Whitney

RESULTADOS

CENTRO DE SALUD

- Se obtuvieron 107 cuestionarios validos
- La edad media fue de 56,42 años (mín. 21 y máx. 86)
- Un 44,9% eran hombres y 55,1% mujeres
- Un 18,1% tenían estudios primarios, un 33,3% secundarios y un 48,6% superiores
- Un 49,5% fueron atendidos por profesional médico, un 38,6% por enfermería y un 11,9% por ambos colectivos
- Los profesionales de enfermería miran menos al paciente que los de medicina (p=0.026)



PUNTO DE ATENCIÓN CONTINUADA

- Se obtuvieron 50 cuestionarios validos
- La edad media fue de 40,32 años (mínimo de 18 y máximo de 68)
- Un 34,7% eran hombres y 65,3% mujeres
- Un 18,4% tenían estudios primarios, un 44,9% secundarios y un 36,7% superiores
- Un 86,4% fueron atendidos por profesional médico, un 9,1% por enfermería y un 4,5% por ambos colectivos
- Los profesionales de enfermería dan mayor solución a los problemas que los profesionales de medicina (p=0.000)

	CENTRO DE SALUD	PUNTO ATENCIÓN CONTINUADA	COMPARACIÓN	
Item	$\bar{x}$ (dt)		U de Mann-Whitney	*P*
Piensa que el sistema sanitario esta humanizado	3,99 (1,033)	3,98 (1,169)	2549,000	NS
Cree que es importante que el sistema sanitario este humanizado	4,79 (0,885)	4,96 (0,198)	2525,000	NS
Necesidad de que profesionales sanitarios reciban formación sobre humanización	4,79 (0,515)	4,86 (0,354)	2478,000	NS
Han aclarado sus dudas inquietudes	4,51 (0,998)	4,62 (0,725)	2604,500	NS
Han dado solución al motivo de su consulta	4,61 (0,882)	4,74 (0,527)	2531,500	NS
El tiempo del que dispuso fue el adecuado	4,49 (0,918)	4,64 (0,631)	2525,000	NS
Item	n (%)		Chi Cuadrado de Pearson	*P*
El profesional se ha presentado	87 (84,5%)	30 (60%)	11,198	0,001
El profesional lo ha saludado	104 (97,2%)	47 (94%)	0,947	NS
El profesional se le ha dirigido por su nombre	100 (94,3%)	44 (88%)	1,923	NS
El profesional le ha mirado durante la consulta	102 (95,3%)	48 (98%)	0,630	NS
El profesional le ha preguntado si tenia dudas	88 (83%)	35 (70%)	3,452	NS
El profesional se despidió	103 (96,3%)	49 (98%)	0,334	NS

CONCLUSIONES

- Gran parte de los usuarios de AP creen que es importante que el sistema sanitario este humanizado, pero solamente algo mas de un tercio piensa que realmente lo esté
- La mayoría de usuarios percibe una adecuada humanización del sistema sanitario en las consultas de AP
- No existen diferencias entre el CS y el PAC en términos de humanización, a excepción de la presentación por su nombre por parte del profesional sanitario que es más común en el CS

Resumen: "Humanizar" hace referencia al abordaje integral de la persona. Vivimos en una sociedad cada vez más globalizada donde diversos factores dificultan que se produzca una adecuada atención al ser humano en el ámbito sanitario. El objetivo fue conocer la opinión de los usuarios de atención primaria (AP) sobre la humanización del sistema sanitario. Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal dirigido a usuarios de AP, tanto centro de salud (CS) como punto de atención continuada (PAC) de la localidad de Ciudad Real. Se diseñó un cuestionario ad hoc sobre la percepción de la humanización de las consultas recibidas.

Palabras clave: Humanización de la Atención, Atención primaria de Salud
Encuestas y Cuestionarios

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

"Humanizar" es una cuestión ética, que tiene que ver con los valores y con la búsqueda del bien de la persona a la que se atiende. En cuanto al ámbito sanitario, el concepto de humanización suele hacer referencia al abordaje integral de la persona, es decir de manera holística, donde confluyen las dimensiones biológica, psicológica, social y conductual.

Hoy en día, la creciente tecnificación de la asistencia sanitaria, la prioridad por la búsqueda de la eficiencia y el control de los costes, la presión asistencial, la masificación y la sociedad cada vez más globalizada han provocado que con frecuencia el personal sanitario pueda anteponer aspectos meramente administrativos, económicos o procedimentales a la atención adecuada orientada al ser humano.

El ámbito de la atención primaria (AP), tanto el centro de salud (CS) como el punto de atención continuada (PAC), constituye la puerta de entrada a la asistencia sanitaria y debe ser el nivel habitual de atención para la mayoría de las personas, por lo que es de suma importancia que se proporcione a los usuarios una atención lo más humanizada posible.

Objetivos:

o Conocer la opinión de los usuarios de AP sobre la humanización del sistema sanitario.

o Determinar el grado de humanización percibida por los usuarios en AP.

o Analizar si existen diferencias entre CS y PAC en cuanto a humanización percibida por los usuarios.

Material y Métodos:

Estudio descriptivo transversal realizado en usuarios de AP de Ciudad Real. Se contó con una muestra de conveniencia de 157 sujetos (107 en CS y 50 en PAC) obtenidos mediante muestreo por casos consecutivos.

Los criterios de inclusión fueron: Ser mayor de edad y ser atendido en consulta de AP, ya sea en CS o PAC.

Se elaboró un cuestionario ad-hoc sobre datos sociodemográficos, opinión de la humanización del sistema sanitario y valoración de ítems relacionados con la humanización percibida en consulta mediante una escala tipo Likert de 5 puntos. La participación fue anónima y voluntaria.

El estudio estadístico se realizó con el programa SPSS versión 25.0. y para la estadística inferencial se empleó la Chi-cuadrado de Pearson y la U de Mann-Whitney.

Resultados:

o Centro de salud:

• 107 cuestionarios válidos.

• Edad media fue de 56,42 años (mín. 21 y máx. 86).

• 44,9% eran hombres y 55,1% mujeres.

• 18,1% estudios primarios, un 33,3% secundarios y un 48,6% superiores.

• 49,5% fueron atendidos por médico, un 38,6% por enfermería y un 11,9% por ambos colectivos.

• 84,5% afirmó que el profesional que lo atendió se presentó por su nombre y un 97,2% que lo atendieron de forma cortes. Un 94,3% refirió que el profesional se había dirigido al él por su nombre.

• 95,3% el profesional lo miro a la cara durante el transcurso de la consulta.

• 83% atestiguó que el profesional le preguntó si tenía alguna duda o necesitaba aclaración.

• 96,3% afirmó que el profesional que lo atendió se despidió de forma cortes.

• ¿El sistema sanitario está humanizado? se obtuvo una puntuación media de 3,99 y en si creen que es importante que el sistema sanitario lo esté, tuvo una puntuación media de 4,79.

• A la necesidad de que los profesionales sanitarios reciban formación sobre humanización se recogió una puntuación media de 4,79.

• A si han aclaradas sus dudas e inquietudes y si han solucionado el motivo de la misma se obtuvo una puntuación media de 4,51 y 4,61, respectivamente.

• A si el tiempo fue el adecuado se recogió una puntuación media de 4,49.

• Enfermería mira menos al paciente que medicina (p=0.026).

o Punto de atención continuada:

• 50 cuestionarios válidos.

• Edad media fue de 40,32 años (mínimo de 18 y máximo de 68).

• 34,7% eran hombres y 65,3% mujeres.

• 18,4% estudios primarios, un 44,9% secundarios y un 36,7% superiores.

• 86,4% atendidos por profesional médico, un 9,1% por enfermería y un 4,5% por ambos colectivos.

• 60% el profesional que lo atendió se presentó por su nombre y un 94% consideró que lo atendieron de forma cortes. Un 88% refirió que se habían dirigido al él por su nombre.

• 98% aseguró que lo miraron a la cara.

• 83% atestiguó que le preguntaron si tenía alguna duda o necesitaba aclaración durante la consulta.

• 98% afirmó que el profesional se despidió de forma cortés.

• ¿Piensan que el sistema sanitario está humanizado? se obtuvo una puntuación media de 3,98 y en si creen que es importante que el sistema sanitario lo esté, tuvo una puntuación media de 4,96.

• A la necesidad de que los profesionales sanitarios reciban formación sobre humanización se recogió una puntuación media de 4,86.

• A si han aclarado sus dudas e inquietudes y si han solucionado el motivo de la misma se obtuvo una puntuación media de 4,62 y 4,74, respectivamente.

• A si el tiempo fue el adecuado se recogió una puntuación media de 4,64.

• Las enfermeras dan mayor solución a los problemas que los médicos (p=0.000).

En cuanto a la comparación entre ambos centros, los profesionales del CS se presentan más por su nombre que los del PAC (p=0,001).

Conclusiones:

o Gran parte de los usuarios de AP creen que es importante que el sistema sanitario este humanizado, pero solamente algo más de un tercio piensa que realmente lo esté.

o La mayoría de los usuarios percibe una adecuada humanización del sistema sanitario en las consultas de AP.

o No existen diferencias entre el CS y el PAC en términos de humanización, a excepción de la presentación por su nombre por parte del profesional sanitario que es más común en el CS.

Bibliografía

1.- Bermejo JC, Villacieros M. El compromiso de la humanización en las instituciones sociosanitarias. 2013.

2.- Maestre BR. Para la humanización de la atención sanitaria: los cuidados paliativos como modelo. MEDIPAL. 2013; 20:19-25.

3.- Martín A. ¿Humanización de los cuidados en la actualidad? ¿Humanización de la atención hoy en día? Rev. Cient Soc Esp Enferm Neurol. 2015; 41:27-28.

4.- Arredondo CP, Siles J. Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. Index Enferm. 2009; 18:32-36

5.- Santos A.M, Peña M. Humanización de la atención sanitaria; retos y perspectivas. Cuadernos de Bioética. 2003; 14

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 209

Variabilidad en la atención al parto normal en España

Laderas Díaz, Estíbaliz
Sánchez Millán, Noelia
Pulgarín Pulgarín, Beatriz
Bravo Vaquero, Carolina
Infante Gonzalo, Noemí
Arranz García, Andrea

VARIABILIDAD EN LA ATENCIÓN AL PARTO NORMAL EN ESPAÑA

Estíbaliz Laderas Díaz, Beatríz Pulgarín Pulgarín, Noelia Sanchez Millán, Carolina Bravo Vaquero, Noemí Infante Gonzalo y Andrea Arranz García.

INTRODUCCIÓN

Últimos años

Diversos estudios

Han puesto de manifiesto que en la segunda etapa del parto:

- ·Ciertas Intervenciones pueden ser innecesarias o perjudiciales.
- ·Otras intervenciones con aval científico son beneficiosas en este proceso.

Sociedad Científicas han recogido en Guías de Práctica Clínica (GPC) o Protocolos estas recomendaciones.

- La Organización Mundial de la Salud (OMS)
- El National Institute for Health and Care Excellence (NICE)
- El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España

Uso de GPC → EVITA → **Variabilidad**

La variabilidad en la práctica clínica que a su vez aumenta el riesgo de yatrogenia y mala praxis.

A pesar de esto, actualmente **se desconoce la adherencia a estas recomendaciones** de los profesionales que atienden el parto. Son escasos los estudios que han evaluado la variabilidad en la práctica profesional durante esta etapa.



OBJETIVO

OBJETIVO PRINCIPAL

Evaluar si existe variabilidad en la práctica profesional de las matronas en la segunda etapa del parto en España

MÉTODOLOGÍA

Estudio observacional transversal sobre 305 matronas en España en el año 2022.

1. **Cuestionario de diseño propio** — Distribuido de forma online a través de diferentes sociedades científicas.
2. **Principales Variables** — · Características profesionales. · Prácticas durante la 2ª etapa del parto. · Tiempos
3. **Análisis de los datos** — Estadística Descriptiva con el programa SPSS 24.0

RESULTADOS

Posición Expulsivo	• Un 80.3% dejaba elegir a la gestante. • El 44.6% preferían posiciones laterales • Un 84.3% no son partidarios de usar litotomía sin apoyo plantar como opción preferente
Ingesta Oral	• Un 48.9% No permite la ingesta de líquidos. • Un 11.1% refiere que les gustaría hacerlo pero no lo permite el protocolo hospitalario.
Kristeller	Se realiza de forma excesiva ante: • 35.1% Bradicardia Fetal • 33.1% Agotamiento Materno • 38.4% Evitar parto instrumental
Tiempo máximo de la segunda etapa del parto	Nulípara sin epidural: 36.4% → 3 horas Nulípara con epidural: 56.7% → 4 horas Multípara sin epidural: 30,2% →2 horas Multípara con epidural: 37.7% →3 horas Cesárea previa: 16.1% →2 horas 22.3%→ 3 horas 24.6%→4 horas

CONCLUSIONES

- En España existe una importante variabilidad en las prácticas de las matronas en la segunda etapa del parto, porque no se ajustan a las recomendaciones o porque no parece haber un consenso claro sobre estas.
- Es necesario aumentar los esfuerzos en la formación y sensibilización de los profesionales para intentar reducir esta variabilidad en la práctica clínica para que se ajusten a las recomendaciones científicas.

Resumen: Las guías de práctica clínica reúnen recomendaciones sobre la asistencia a la segunda etapa del parto, pero actualmente se desconoce su grado de aplicación por parte de las matronas.

Para ello hemos realizado un estudio observacional transversal sobre 305 matronas de España durante el año 2022 para estudiar la variabilidad en la atención al parto de las matronas en España. Se realizo estadística descriptiva mediante el programa SPSS 24.0.

Palabras clave: Variability, Midwife, Profesional practice

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La segunda etapa del parto es la más crítica del proceso de parto por los riesgos que conlleva tanto para la madre como para el recién nacido.

En los últimos años se han publicado diversos estudios que han puesto de manifiesto que ciertas intervenciones utilizadas pueden resultar innecesarias y/o inapropiadas. Por el contrario, hay intervenciones con aval científico que podrían ayudar a evitar o minimizar algunas complicaciones.

Basándose en esta evidencia diferentes Sociedades Científicas y distintos organismos han elaborado guías de práctica clínica (GPC) y protocolos para unificar esta y otras recomendaciones. Como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) o el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España que publicó la GPC del Parto Normal.

El uso de estas guías y documentos está dirigido a evitar la variabilidad excesiva en la práctica clínica. Dicha variabilidad podría suponer un mayor riesgo de yatrogenia.

A pesar de esto, actualmente se desconoce la adherencia a estas recomendaciones de los profesionales que atienden el parto. Son escasos los estudios que han evaluado la variabilidad en la práctica profesional durante esta etapa.

Objetivos:

Por todo esto, este estudio tiene como objetivo evaluar que prácticas profesionales llevan a cabo las matronas españolas, que son habitualmente las responsables en la atención al parto normal.

Material y Métodos:

Estudio observacional transversal sobre 305 matronas de España durante el año 2022. Se elaboró un cuestionario de diseño propio, distribuido de forma online a través de sociedades científicas. Las principales variables estudiadas fueron características profesionales y del entorno de trabajo, movilidad y posiciones, prácticas durante esta etapa, tiempos máximos para iniciar pujos y duración de la segunda etapa del parto. Se realizo estadística descriptiva mediante el programa

SPSS 24.0.Los criterios de inclusión fueron: Ser mayor de edad y ser atendido en consulta de AP, ya sea en CS o PAC.

Se elaboró un cuestionario ad-hoc sobre datos sociodemográficos, opinión de la humanización del sistema sanitario y valoración de ítems relacionados con la humanización percibida en consulta mediante una escala tipo Likert de 5 puntos. La participación fue anónima y voluntaria.

El estudio estadístico se realizó con el programa SPSS versión 25.0. y para la estadística inferencial se empleó la Chi-cuadrado de Pearson y la U de Mann-Whitney.

Resultados:

Participaron un total de 305 matronas. En cuanto a la edad de los profesionales, el 56,1% (171) tenía entre 26 y 35 años, el 97% (296) trabaja en un centro público, el 56.8% (171) terminó su formación como residente después del año 2015 y un 11.5% (35) atendía partos en el domicilio. Respecto a su centro de trabajo, el 86.2% (263) trabajaba en Hospitales donde se formaban residentes y el 59.0% (180) lo hacía en Hospitales donde se atendían entre 1000 y 3000 partos al año.

Un 80.3% (245) dejaba elegir frecuentemente o siempre la posición del parto a la mujer si las condiciones lo permitían, la posición más utilizada por los profesionales cuando la mujer no tiene preferencia era las laterales 44.6% (136), la posición menos utilizada era la silla de partos en un 3.6% (11), mientras que un 84.3% (257) no utilizaba la posición de litotomía sin apoyo plantar como opción preferente.

En lo que se refiere a las practicas durante la segunda etapa del parto, un 49.5% (151) no utilizaba nunca un antiséptico para el lavado vulvovaginal previo a realizar un tacto vaginal. El 61.6% (188) proponía el pujo espontáneo en mujeres sin epidural. Un 51.1% (156) de los profesionales permitía a la mujer beber la cantidad de líquidos que ella desee y un 11.1% (34) refería que les dejaría hacerlo pero que el protocolo de su hospital no lo permitía. En un parto normal, el 33.8% (103) utilizaría oxitocina si hay hipodinámia y ha pasado 1 hora de expulsivo. El 71.1% (217) proponía realizar micción espontanea antes de realizar sondaje vesical sólo en mujeres sin epidural. Un 50.9% (155) utiliza frecuentemente lubricante para disminuir el riesgo de desgarro. Al preguntar por la práctica de Kristeller, los profesionales respondieron que se realizaba de forma excesiva ante una bradicardia fetal en un 35.1% (107), ante el agotamiento materno en un 33.1% (101) y para evitar un parto instrumental en un 38.4% (117). Tras finalizar el expulsivo un 37.4% (114) realizaba de forma ocasional el sondaje vesical.

En mujeres nulíparas sin epidural el 44.6% (136) de las matronas iniciarían pujos a partir de 2 horas de segunda etapa, en nulíparas con epidural el 56.4% (172) iniciarían pujos a las 2 horas, en una multípara sin epidural el 44.9% (137) los pujos comenzarían a partir de 1 hora, en una multípara con epidural el 46.6% (142) le daría 2 horas hasta iniciar pujos y en una gestante con cesárea previa un 40.3% (123) le daría 2 horas.

En cuanto al tiempo máximo para finalización de segunda etapa de parto, la respuesta más frecuente fue que a una nulípara sin epidural el 36.4% (111) de las matronas le daría 3 horas, en una nulípara con epidural el 56.7% (173) le darían hasta 4 horas, en una multípara sin epidural el 30.2 % (92) le darían hasta 2 horas, en una multípara con epidural el 37.7 % (115) le darían hasta 3 horas y en una gestante con cesárea previa un 16.1% (49) le daría hasta 2 horas, un 22.3% (68) le daría 3 horas y un 24.6% (75) le daría hasta 4 horas.

Conclusiones:

Podemos afirmar que en España existe una importante variabilidad en las prácticas de las matronas a la hora de manejar la segunda etapa del parto, en ocasiones porque no se ajustan a las recomendaciones y en otras no parece haber un consenso claro sobre estas.

Es necesario aumentar los esfuerzos en la formación y sensibilización de los profesionales para intentar reducir esta variabilidad en la práctica clínica para que se ajusten a las recomendaciones científicas.

Bibliografía

1.- Albers LL, Sedler KD, Bedrick EJ, Teaf D, Peralta P. Midwifery Care Measures in the Second Stage of Labor and Reduction of Genital Tract Trauma at Birth: A Randomized Trial. J Midwifery Womens Health [Internet]. 2005 Sep [cited 2022 Jun 3];50(5):365. Available from: /pmc/articles/PMC1350988/

2.-Manresa M, Pereda A, Bataller E, Terre-Rull C, Ismail KM, Webb SS. Incidence of perineal pain and dyspareunia following spontaneous vaginal birth: a systematic review and meta-analysis. Int Urogynecol J [Internet]. 2019 Jun 1 [cited 2022 Feb 15];30(6):853–68. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30770967/

3.- Cheng YW, Shaffer BL, Bryant AS, Caughey AB. Length of the first stage of labor and associated perinatal outcomes in nulliparous women. Obstet Gynecol [Internet]. 2010 [cited 2022 Jan 17];116(5):1127–35. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20966698/

4.- Hofmeyr GJ, Nikodem VC, Wolman W -L, Chalmers BE, Kramer T. Companionship to modify the clinical birth environment: effects on progress and perceptions of labour, and breastfeeding. Br J Obstet Gynaecol [Internet]. 1991 [cited 2022 Jun 7];98(8):756–64. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1911582/

5.- Ministerio De Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal Versión resumida [Internet]. Guías de practica clínica en el SNS. 2010. 173 p. Available from: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracticaClinicaParto.pdf

SATSE

Sindicato
de Enfermería